This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

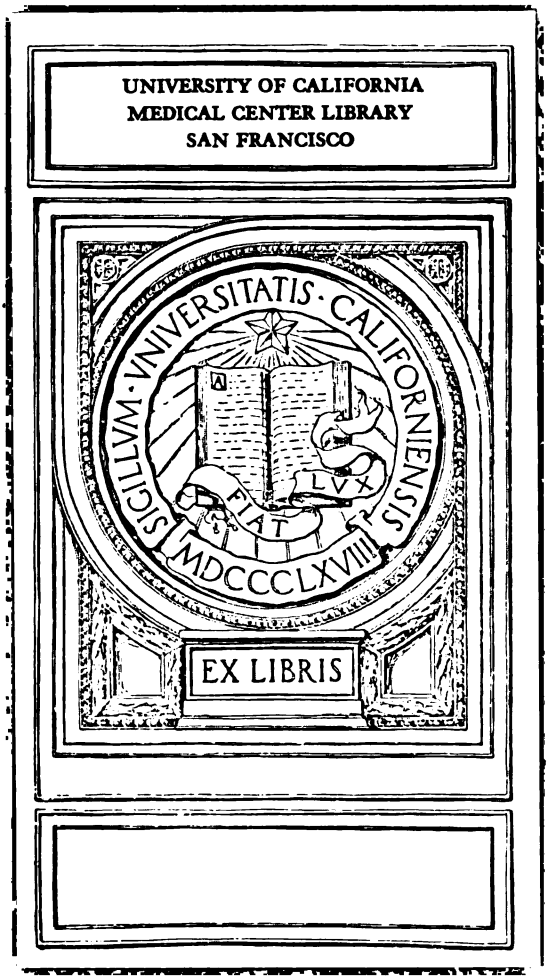
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

UC-NRLF
B 3 749 107

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA UND P. TH. LENZER.

NEUNUNDZWANZIGSTER BAND.

1899.

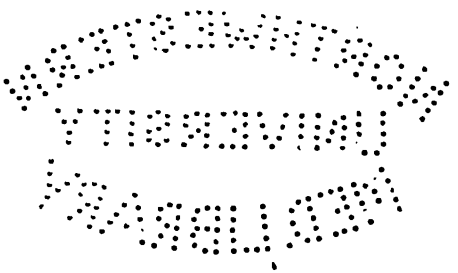
JULI BIS DEZEMBER.

MIT ZWÖLF TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1899.



Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Ein Fall von Naevus verrucosus linearis, von Th. Buri 1
Über chronische Primeldermatitis, von E. Heuss 8
Salbenmullverband bei Hautkatarrhen der Augengegend, kompliziert mit Katarrhen des Auges, von P. G. Unna 12
Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum der Haut, von P. Pawlof 58
Weitere Mitteilungen über die Beteiligung des weichen Gaumens bei der Stomatitis mercurialis, von Ernst Levin 60
Berichtigung und Ergänzung, von V. Zarubin 64
Über Paraplaste, von E. Heuss 65
Über eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen, von Ch. Audry 101
Über die Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes. (Notiz zum voranstehenden Aufsatz von Ch. Audry.) Von Ernst Delbanco ... 104
Meine bisherigen Befunde über den Morococcus, von P. G. Unna 106
Infiltration oder Akanthose? von P. G. Unna 114
Über das Eczema seborrhoicum Unna, als Familienkrankheit. Ein klinisch-statistischer Beitrag aus der hausärztlichen Praxis zur Lehre vom Ekzem, von Georg Bonne 153
Natronsuperoxydseife, von P. G. Unna 167
Zur Histologie des Xanthoma glycosuricum, von Franz Krzyształowicz 201
Notiz über Radikalbehandlung zweier Fälle von Lupus vulgaris disseminatus mittelst Guajakolpinselungen, von Funk 216
Über einen Fall von Tuberculum anatomicum. Histologisch-bakteriologische Untersuchungen, von P. Guizzetti 253
Gonorrhoe 1350 vor Christi Geburt, von Oefele 260
Über den Gebrauch des Chrysarobin bei der Pityriasis oder dem Eczema siccum seborrhoicum des Gesichts und der Kopfhaut, bei der Pityriasis capitis, der Alopecia pityrodes et seborrhoica, von Menahem Hodara 264
Über den psoriatischen Prozefs. Histologisch-pathogenetischer Beitrag, von P. Bosellini 301
Über Vasogenum spissum, von Leo Leistikow 323
Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes, von Ernst Delbanco 353
Über die therapeutische Anwendung der Eigone (Jodeiweifsverbindungen), von Chrzelitzer 368
Unguentum domesticum, von P. G. Unna 375

83276

Seite

Über Haarfärbemittel, von J. Broers ... 401
Histologische Mitteilung über einen Fall von Osteosklerosis syphilitica des Stirnbeins, von P. Colombini ... 404
Zum konträren Geschlechtsverkehr in Altägypten, von Oefele ... 409
Die Verwendung von Eigelbemulsionen zu Wischwässern, von P. G. Unna ... 412
Über die Morphologie der Trichophytonpilze, von Marius Pelagatti ... 453
Das Kopfkissen in der Dermatologie, von P. G. Unna ... 471
Ist es unwissenschaftlich, die Bezeichnungen „elastisches" Bindegewebe und „Elastin" beizubehalten? von Honcamp ... 501
Fall von Urticaria recidiva mit akuten Schüben und Albuminurie, von Fr. Roth 510
Fall von Gonorrhoe bei einem zwölfjährigen Knaben, von F. Roth ... 512
Dintenbäder und Dintenumschläge, von Leo Leistikow ... 513
Über die Methode von Quecksilber-Einreibungskuren im Bade Tölz (Krankenheil), von M. Höfler ... 553
Thiosinaminseife und Thiosinaminpflastermulle, von P. G. Unna ... 560

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft ... 170. 422. 562
Medizinische Gesellschaft zu Leipzig ... 326
28. Kongreſs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ... 325
Klinischer Ärztetag in Bern ... 482
Internationale Konferenz zur Verhütung der Syphilis und venerischen Krankheiten in Brüssel ... 414. 473
Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest ... 117
Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau ... 174. 487
Dermatologische Gesellschaft von Groſsbritannien und Irland ... 424. 483
Londoner dermatologische Gesellschaft ... 426. 484
Jahresversammlung der British Medical Association ... 378
Verhandlungen der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft ... 515
New Yorker dermatologische Gesellschaft ... 428. 528
New Yorker Akademie der Medizin ... 432
Brooklyn dermatological and genito-urinary Society ... 174

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis ... 68. 123. 219. 488. 564
Dermatologisches Centralblatt ... 15. 181. 270. 533. 574
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 14. 127. 268. 433. 574
Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates ... 14. 72. 269. 540. 575
Dermatologische Zeitschrift ... 70. 266. 381. 385. 570
Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten ... 270
Klinik für Dermatologie und Syphilis der Universität Toulouse ... 577
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie ... 16. 72. 223. 326. 530
Annales des maladies des organes génito-urinaires ... 18. 131. 182. 438
Journal des maladies cutanées et syphilitiques ... 17. 131. 223. 328. 437
The British Journal of Dermatology ... 128. 434. 533
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases ... 188. 537. 575
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle ... 21. 271. 441
American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases ... 187. 224

Seite

Bücherbesprechungen.

Über die Herabsetzung der Nerventhätigkeit bei Psoriasis, Krebs und Lepra und der Einfluſs, den die Organotherapie darauf hervorbringt, von Bouffé..... 22
Die Vaccinekörperchen nach Untersuchungen an der geimpften Hornhaut des Kaninchens. Ein experimenteller und kritischer Beitrag zur Frage nach dem Kontagium der Vaccine, von Armand Hückel..... 22
Historische Studien über Lepra, besonders mit Rücksicht auf ihr Vorkommen in Niederländisch-Ostindien, von Broes van Dort..... 23
Mykosis fungoides, von Max Wolters..... 24
Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung, von Jessner..... 26
Die nervösen Erkrankungen der Blase, von L. von Frankl-Hochwart und O. Zuckerkandl..... 28
Die lokalen Erkrankungen der Harnblase, von Otto Zuckerkandl..... 28
Physiologie der Hautsinnesnerven, von A. Goldscheider..... 73
Neue Methoden der Wundheilung. Ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis, von C. L. Schleich..... 74
Mitteilungen von dem Finsenschen medizinischen Lichtinstitut. I..... 75
Die neuere Geschichte der Medizin, von v. Boltenstern..... 75
Therapie der anomalen Vita sexualis bei Männern, von Alfred Fuchs..... 75
Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane, von Nicolo Barucco..... 133
Tripper und Ehe, von L. Jullien..... 134
An Introduction to Dermatology, von Norman Walker..... 227
La maladie de Carrion (Verruga peruvienne), von Odriozola..... 272
„Paracelsus", neues Privatkrankenhaus und Augenheilanstalt in Zürich. I. Bericht, erstattet von Kaelin-Benziger..... 273
Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten, von Unna..... 392
Syphilis, von Neumann..... 394

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über die Desintegration und die Reintegration des Kernkörperchens bei der Karyokinese, von N. Czermak..... 76
Über gelbes Bindegewebe, von Hermann Triepel..... 76
Über Elastizität und elastisches Gewebe, von Wilhelm His..... 77
Elastisches Gewebe und gelbes Bindegewebe, von Hermann Triepel..... 77
Über die Beziehungen zwischen dem Muskel- und elastischen Gewebe bei den Wirbeltieren, von A. E. Smirnow..... 77
Zur Geschichte und Lehre von der Perspiratio insensibilis bis auf Bryan Robinson, von Ernst Heinrich..... 77
Über Diabetes und Fettbildung aus Kohlehydraten, von Plósz..... 268
Histologische Untersuchungen über die Anheilung Krausescher Hautlappen, von Braun..... 325
Histologische Bemerkungen über die Epidermis, von Sorrentino..... 396
Über einige blutführende Gefäſse der Haut bei Hyla viridis, von Ficalbi..... 397
Zur Kenntnis der Hautdrüsen der Apidae und Vespidae, von Koschevnikov.. 397
Beitrag zur Kenntnis der Knäueldrüsenkörnchen, von M. Tschlenoff..... 489

Mikroskopische Technik.

Über Holzessigfarben, von E. Burchardt..... 397

Seite

Bakteriologie.

Die Widerstandsfähigkeit des Achorion Schönleinii gegenüber den gewöhnlichen medikamentösen Agentien, von Calderone 21
Über eine neue Methode der Differentialfärbung der Mikroorganismen der menschlichen und Vögeltuberkulose, Lepra und Smegma, von Marzinowsky..... 398
Über das nicht seltene Vorkommen von Frischschen Bacillen in der Nasenschleimhaut des Menschen und der Tiere, von De Simoni..... 398
Experimenteller Beitrag zum Studium der Toxine des Gonococcus, von R. Panichi 442

Hygiene.

Die soziale Gefahr der Syphilis, von A. Fournier..... 415
Die soziale Gefahr des Trippers, von Neisser..... 416
Haben die bisherigen Reglementierungssysteme einen Einfluſs auf die Verbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten gehabt? von Barthélemie, Angagneur und Blaschko 417
Welchen Anteil an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten hat die Prostitution? von Verchère 417
Ist die ärztliche Kontrolle der Prostitution verbesserungsfähig? von Finger, Jadassohn, Fiaux 418
Soll man, vom rein ärztlichen Standpunkte betrachtet, die öffentlichen Häuser beibehalten oder unterdrücken? von Wolff, Le Pileur, Hoefel..... 419
Ist die polizeiliche Überwachung der Prostitution verbesserungsfähig? von Welander, Mireur. Schmöldter (Jurist)..... 420
Wie könnte man durch gesetzliche Maſsregeln die Zahl der Frauen verringern, die in der Prostitution ihren Lebensunterhalt finden? von Neisser 421
Welche allgemeinen Maſsregeln gesetzlicher Natur sind, abgesehen von der Prostitutionsfrage, zu ergreifen, um die Ausbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten wirksam zu bekämpfen? von Lesser und Kaposi.... 422
Entwurf eines neuen Reglements zur Prophylaxis der venerischen Krankheiten, von Tommasoli..... 443
Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Ruſsland, von v. Petersen..... 473
Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Bosnien und der Herzegowina, von Glück..... 473
Prostitution und Geschlechtskrankheiten in England, von Drysdale..... 474
Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Rumänien, von Petrini de Galatz 475
Wodurch lieſse sich auf gesetzlichem Wege die Zahl der Frauen vermindern, die in der Prostitution ihren Unterhalt finden? von Miron 475
Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Ungarn, von Róna..... 476
Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Schweden, von Welander..... 477
Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Italien, von Tommasoli 478
Die Venerischen zu Saint-Lazare, von Jullien 479
Sind die Bordelle zu unterdrücken oder nicht? von Antoine de Wyslouck.. 479
Die Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten, von Mokichi Morita..... 479
Versuche über eine neue therapeutisch-prophylaktische Behandlung der Syphilis und über Syphilisbakterien, von Leone Levi..... 480
Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Deutschland, von Blaschko 481
Was läſst sich gegen die Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten durch die Männer thun? von Hallopeau 532

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Der wechselnde Widerstand, dem man bei der Elektrolyse begegnet, und die Notwendigkeit des Gebrauches eines Galvanometers, von M. B. Hutchins . 183
Einfluſs des Individuums auf den Charakter und die Entwickelung der Hautkrankheiten, von Crocker..... 425
Die Übertragung von Krankheitserregern durch Wanze und Blutegel, von Mühling..... 443
Über Beziehungen einiger Dermatosen zum Gesamtorganismus, von Siegfried Grosz..... 444

Seite

Beziehungen der Hydrocephalie zur Tuberkulose und zur Syphilis. (Autor ungenannt) ... 444
Über die Einwirkung der Hydrotika und Antihydrotika auf den Leukocytengehalt des Blutes, von K. Bohland ... 445
Scheinbare Verdickung der subcutanen Venen, von J. P. Weber ... 445
Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration, von Czerny ... 446
Weitere Studien über Ätzschorfe, von Paul Cohn ... 446
Über holzharte Entzündung des Bindegewebes (Phlegmon ligneux Reclus), von Ludwig Krause ... 446
Eindrücke und Schlüsse aus der Betrachtung von 5000 im Laufe des Jahres behandelten Hautkrankheiten, von C. W. Allen ... 522
Die Verteidigung der Haut gegen die Mikrobien, von R. Sabouraud ... 530

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über die Verwendung von Aethal (Cetylalkohol) in der Hautpflege, von F. Grimm 70
Aus E. Mercks Bericht über das Jahr 1898: Acidum picronitricum ... 78
Über die Anwendung des heißen Dampfes bei manchen Hautkrankheiten, von Lieberson ... 79
Über die Anwendung des heißen strömenden Dampfes in der Dermatotherapie, von Lieberson ... 79
Ein Beitrag zur Behandlung der Hautkrankheiten mittelst Röntgenstrahlen, von Gussmann und Schenkel ... 80
Über ein neues „Argonin"-Präparat (Argonin „L", lösliches Argonin), von Jellinek ... 81
Das Carburen, von Pini und Tramontani ... 81
Über den therapeutischen Wert der Chrysarobin- und Pyrogallusderivate, von Bottstein ... 82
Über die therapeutische Verwendung kolloidaler Metalle, von Schlossmann ... 82
Über organische Fluormedikamente, von W. Tischer und A. Beddies ... 82
Inunktionskur und Badekuren, von Schuster ... 83
Die Wandlungen der Einreibungskur, von L. Schuster ... 83
Über eine einfache und zuverlässige Methode, quantitativ im Harne das Quecksilber zu bestimmen, von Schumacher II und Jung ... 83
Methode zur Quecksilberbestimmung im Urin, von Wyschemirski ... 84
Behandlung eines Falles von akuter Quecksilbervergiftung durch Blutausspülung, von Fiocco ... 84
Über den Einfluß des Jods auf den Gehirndruck, von M. v. Zeissl ... 84
Klinische Erfahrungen über zwei Ersatzmittel des Jodoforms: Amyloform und Jodoformogen, von Heddaeus ... 85
Über Jodoformogen, von Mahler ... 85
Das Kampfer-Jod-Guajakol bei einigen Hautkrankheiten, von E. Dacco ... 85
Über Anwendung der Kakodylsäure in der Behandlung von Hautkrankheiten, namentlich der Psoriasis vulgaris, von Herman Gyselman ... 86
Kil, eine mineralische Seifenmasse ... 86
Erfahrungen mit Largin, von F. Kornfeld ... 86
Naftalan bei Brandwunden und anderen Hautaffektionen, von R. Bloch ... 87
Zur Wirkung des Naftalans, von Vehmeyer ... 87
Über Naftalan und seine Verwendbarkeit bei Hautkrankheiten, von Fricke ... 87
Versuche mit Naftalan, von Merlin ... 88
Zur Protargoltherapie, von A. Lesshafft ... 88
Die therapeutische Bedeutung des Tannoforms, von St. Grosse ... 88
Über Xeroform, von Havas ... 89
Pharmazeutische Notizen, von H. Skinner ... 130
Über die Wirkung des Sublimats auf das Blut, von Fiocco ... 271
Die konstitutionelle Behandlung von Hautkrankheiten, von R. B. Wild ... 380
Die Verwendung der Röntgenschen Strahlen in der Behandlung von Hautkrankheiten, von E. Schiff ... 381
Fall von Arnikadermatitis, von Moulliot ... 425
Fall von Bromexanthem, von R. Crocker ... 427
Ein Fall von Bromkaliumausschlag, von George T. Elliot ... 428
Airol, ein Ersatzmittel des Jodoforms, von Marcuse ... 446
Die Arsenvergiftung, von Harnack ... 447

Seite
Über Zuckerausscheidung nach Copaivagebrauch, von Bethmann 447
Beobachtungen über die Wirkung des Naftalan 447
Die Anwendung des Naftalan in der allgemeinen ärztlichen Praxis, von Rohleder 447
Das Naftalan in der Therapie, von Josef Gruenfeld 448
Prüfung zweier neuer Quecksilbersalze auf ihren Wert als Antiseptica im Vergleich zum Sublimat, von Fr. Steinmann 448
Die Seifen vom medizinischen Gesichtspunkt betrachtet, von Labbé 449
Einige Beispiele von der Anwendung und Wirkung der Lichttherapie bei verschiedenen Krankheiten, zusammengestellt von E. Below und Kattenbracker 449

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Über „Urticaria chronica", von Karl Kreibich 68
Raynaudsche Krankheit bei neugeborenen Kindern, von Durando Durante ... 89
Über einen Fall von Raynaudscher Krankheit mit Autopsie, von Riggs 89
Ein Fall von multipler Neuritis mit Athetose und Raynaudscher Krankheit, von Wetzel 90
Beitrag zur Behandlung der Pellagra, von Galli 90
Über die Entstehung der Hautödeme bei experimenteller hydrämischer Plethora, von Magnus 90
Zur mechanischen Behandlung des Hautödems (subcutane Schlauchdrainage), von P. Fürbringer 90
Hautaffektionen bei Schrumpfniere, von West 91
Postlupöses Ödem, von Jadassohn 91
Ein Fall von Hämophilie, von C. R. Jones 91
Ein Fall von akuter Purpura haemorrhagica. Genesung, von E. R. Dawson ... 91
Ein hartnäckiger Fall von Purpura haemorrhagica, von J. H. Burch 92
Ein Fall von Purpura haemorrhagica, bei welchem Streptokokken im Blute gefunden wurden; Autopsie, von E. Cureton 92
Purpura infectiosa im Verlauf einer ulceröse-membranösen Stomatitis, von Pagliano und François 92
Purpura, von Kernig 93
Ekzematöser Ausschlag, hervorgerufen durch Atropin, von W. Bryce 93
Orthoform-Exanthem, von Schröppe 93
Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von Brongersma 128
Lokalisierte Kongestion der Nase, von Abraham 424
Teleangiektasien, von M. Morris 426
Purpura urticans, von Perry 426
Fall von Angioneurose der Gesichtshaut, von P. P. Weber 426
Fall von ulcerierender Purpura, von Whitfield 428
Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von A. R. Robinson 431
Abnorme Hautausschläge bei typhösen Fiebern, von Da Costa 450
Über Serumexantheme, von L. Bauer 450
Über Pellagra, von S. H. Schreiber 451
Ein Fall von Pellagra mit transitorischer Manie, von Hajnal 452
Purpura und Intoxikationen, von Breton 457
Ein Fall von isolierter Urticaria der Zunge, verbunden mit Achlorhydrie, von J. L. Goodale 497
Ein Fall von Erythema exsudativum infolge von Tripper, von Miroljubow ... 497
Die Ausführung der Skarifikationen bei Ödemen, von Deguy 498
Fall von Lebercirrhose mit elephantiasisähnlichem Ödem der Bauchdecken, von Albu 498
Bakteriologische Untersuchungen in einem Falle von primärer infetiöser Purpura, von Bellei und Boschi 498

Seite
Morbus maculosus Werlhofii, von Goldenberg 498
Ein Bericht über drei Fälle von Urticaria pigmentosa, von H. W. Stelwagon. 522
Urticaria pigmentosa von 22jährigem Bestande, von Morrow..... 525
Purpura papulosa, von Sherwell..... 525
Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von Arthur A. Small..... 576

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Über eine eigentümliche Form von Jodexanthem an der Haut und an der Schleimhaut des Magens, von I. Neumann 123
Bullöser Ausschlag nach Antipyrin bei einem Patienten mit Herpes zoster, von Frank Dess..... 129
Ein Fall von recidivierender Vergiftung durch Primula obconica, von G. R. Leigthon 134
Über unerwünschte Nebenwirkungen von Ketels Antiskabin, von K. Stössner.. 134
Ein Simulant. Stomatitis et Dermatitis bullosa artificialis, von Alex. Haslund 135
Dermatitis und andere durch Borsäure und Borax hervorgerufene Giftwirkungen, von R. B. Wild..... 135
Ein Fall von äußerlicher Karbolsäurevergiftung, behandelt mit Natrium sulfuricum-Lösung, von Weiss..... 135
Über Chlorakne, von K. Herxheimer..... 136
Die Arsenikkeratosen, von Mibelli..... 136
Über Hämatodermatitis toxischer Natur, von Leredde..... 136
Die dermatologischen Komplikationen des Diabetes und ihre Therapie, von Lassar 137
Hautveränderung durch Röntgenstrahlen, von Plonski..... 138
Ein Fall von Verbrennung dritten Grades, behandelt mit Pepsinum purum, von Waterman..... 138
Onychia maligna infolge von Ätzung mit Weinsteinsäure, von Blindreich..... 138
Eingewachsener Nagel; ein Vergleich der verschiedenen Operationsmethoden, von E. M. Foote 139
Über Auftreten von universellem Exanthem nach lokaler Anwendung von Jodvasogen, von L. Lipman-Wulf..... 385
Die Wirkung der Primula obconica auf die Haut, von E. A. Barton..... 499
Über die Wirkungen der Primula obconica auf die Haut, von R. Kirk 499
Atypische, schlecht charakterisierte Impferuptionen, von Casteret..... 499
Schweres Jod- und Bromexanthem, von Malherbe 499
Über Anwendung und Wirkung des Aristol bei Brandwunden und Verbrennungen, von Roelig..... 500
Zur Behandlung von Verbrennungen und Brandwunden, von F. E. Müller.... 500
Über das Erythema solare, von Kaposi..... 500
Röntgenstrahlendermatitis, von S. Lustgarten..... 520
Kritisches und Experimentelles zur Lehre von den Antipyrinexanthemen, von Wilhelm Wechselmann..... 565
Über einen Fall von schwerem Jodismus und dessen Pathogenese, von Billard. 579
Quecksilberexanthem nach internem Gebrauche von Quecksilbersalzen, von Billard 579

II. Neurotische.

Ein weiterer Beitrag zur Frage des Ainhum, von H. de Brun..... 16
Ein Fall von Erythromelalgie, von Carslaw 139
Ein Fall von Erythromelalgie mit mikroskopischen Untersuchungen des Gewebes von einer amputierten Zehe, von Weir Mitchell und Spiller..... 139
Mitteilung eines Falles von Augenmuskellähmung nach Herpes zoster facialis, von Rutter..... 140
Ein Fall von Herpes ophthalmicus mit Keratitis und Hypopyon, von P. Flemming 140
Fünf Fälle von Gürtelrose, von Pudor 187
Hyperidrosis spinalis superior, von M. Kaposi 494
Trophische Dermatosen nach Frakturen, von J. Zeisler..... 516
Über hysterische Hautaffektionen, von C. Rasch..... 533
Die Facialislähmung infolge von Herpes zoster, von Klippel und Aynaud.... 541

Seite

Die Behandlung der Prurigo, von Besnier 542
Ein Fall von Erythromelalgie, von Carslaw 542
Fall von parenchymatöser Nephritis mit Prurigo, Vitiligo und Alopecia areata, von Gaucher und Bernard 542

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Vaccina generalisata und deren Pathogenese, von Alex. Haslund 69. 126
Scharlachfieber eine lokale Krankheit, von Fleming 140
Drei gleichzeitig nebeneinander bestehende Hautausschläge, von Y. H. Mills 140
Ein Fall von Scarlatina in mehreren Schüben, von Monteux und Lop 141
Ein Fall von Scharlachfieber mit akuter eitriger Mittelohrentzündung und akuter hämorrhagischer Septikämie, behandelt mit Antistreptokokken-Serum, Heilung, von Harold Low 141
Die Ätiologie der Rückkehrfälle von Scharlach, von Millard 141
Scharlachrückfälle, von Kennan 141
Zwei Fälle von Relaps bei Scharlach, von Mac-Dowel Cosgrave 142
Bemerkungen über Masern, Scharlach und Pocken. Zur Immunitätsfrage, von C. Gerhardt 142
Beiträge zur Pathologie der Masern, von P. Steffens 143
Zur Pathologie der Masern, von Fritz Förster 143
Der Wert der Koplikflecke für die Frühdiagnose der Masern, von Libman 143
Masern bei einem Säugling, von F. Gerald 144
Masern in der Schwangerschaft, von Salus 144
Über Sepsis bei Masern, von C. Folger 144
Über Nachschübe bei Masern, von Vergely 145
Prophylaxe und Therapie der Bronchopneumonie bei Masern, von A. F. Plique 145
Über das gleichzeitige Vorkommen von Varicellen, Masern und eines scharlachartigen Rashs, von Feltz 146
Ein Fall von Varicella gangraenosa, von Turner 146
Beobachtungen über eine ansteckende Krankheit unter Laskaren, die enge Beziehungen zu Variola und Varicellen zeigt, von Thomson und Brownlee 147
Bemerkungen über eine Krankheit bei Laskaren, die Beziehungen zu Variola und Varicellen bot, aber sich von beiden in bestimmten Punkten unterschied, von Thomson 147
Thatsachen über Pocken und Impfung 147
Die deutsche Marine und die Pocken, von Globig 147
Die Blattern und die Vaccination in Mailand, von Bizzozero 147
Die Pockenepidemie in Middlesbrough und ihre Lehren 147
Kurzer Bericht über die Pockenepidemie in Middlesbrough 1897—98, von Dingle 148
Impfung und Impfnarben, von Lowe 148
Über Immunität nach erfolgter Vaccination, von Bondesen 148
Jahresbericht des Parc Vaccinogène zu Weltevreden (1895—97), von Roll und Dr. Grijns 148
Vaccination mit besonderer Berücksichtigung der bevorstehenden Gesetzgebung, von Bond 149
Die Schwierigkeiten des neuen Impfgesetzes, von W. Robertson 149
Das neue Impfgesetz in England, von Vallin 149
Bericht der Impfkommission 1896, von Boyd 149
Impfausschläge, von Robert J. Carter 150
Momentane Kontraindikationen der Impfung, von St. Yves-Ménard 150
Ein Fall von Infektion der Genitalien mit Vaccine, von Maillefert 150
Zur Impftechnik, von Hesse 150
Aseptische Schutzpockenimpfung, von W. Pöppelmann 151
Das Virus der Vaccine und seine Kultivierung, von Kent 151
Der spezifische Organismus der Lymphe, von Stanley Kent 151
Die Wirksamkeit der Glycerinlymphe, die von den Vaccinatoren des New Yorker Gesundheits-Departements bei Erstimpfungen gebraucht wird, von Fielder 151

Seite
Cow-Pox und humanisierte Vaccine, von Fiorentini 152
Vaccina, von Allen 527
Eine eigentümliche Infektionskrankheit, von R. S. Thomson 543
Mitteilung über einige seltene Komplikationen bei Masern, von H. Ganz 543
Fall von recidivierender Morbilli, von J. Kain 563
Zur historischen Richtigstellung des sogenannten „Koplikschen Frühsymptoms" der Masern, von Weiss 543
Die im Verlaufe der Masern auftretenden Ohrenkrankheiten, von Rud. Heymann 543
Masern und Scharlach bei ein und derselben Person gleichzeitig auftretend, von John Johnston 544
Scharlach bei einem neugeborenen Kinde, von A. Cordes 544
Studien über die Pocken, von Sanfelice und Malato 544
Variola und die Pflichten der Gesundheitsbeamten unter dem neuen Gesetze, von A. Ashby 545
Die animale Vaccination im Herzogtum Anhalt, von Wesche 545
Temporäre Kontraindikationen der Impfung, von Saint-Yves-Ménard 545
Zur Lehre von den Staphylokokken der Lymphe, von Vanselow und Czaplewski 546
Der Lymphebläser, von Voigt 546

b. Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Zur Geschichte der Lepra, von Gémy 71
Fall von Lepra anaesthetica, von Winfield 178
Eine niederdeutsche Aufzeichnung über die Kennzeichen der Lepra, von W. Reinecke 191
Ein wertvolles Dokument über die Lepra 192
Historische Betrachtung über die Lepra, von Gémy 192
Die Lepra auf den Hawaii-Inseln, von Carmichael 192
Das Leprasyl zu Jerusalem, von Pickardt 193
Leproserien in den Vereinigten Staaten, von Bracken 193
Überblick über die Ursachen des Abnehmens der Lepra in Norwegen, von Armauer Hansen 193
Die Lepra auf den Marschall-Inseln, von Bartels 194
Lepra in Minnesota, von Braeken 194
Lepra in Neu-Süd-Wales, von Ashburton Thompson 195
Dänische St. Jörgenshöfe im Mittelalter, von Ehlers 195
Der Aussatz in Dänisch-Westindien, Vorstudien von Ehlers 195
Die Latenzzeit bei der Lepra, von Phineas Abraham 195
Impfung und Lepra, von Phineas Abraham 196
Über die Kultur der von mir bei Lepra gefundenen Diphtherie, von Babes 197
Der Hansensche Bacillus und die durch ihn hervorgerufenen Gewebsläsionen, von Jeanselme 197
Untersuchung der Organe eines Kindes lepröser Eltern auf Leprabacillen, von O. Wolt 198
Die Veränderungen am Auge bei der Lepra, von Jeanselme und Morax 198
Über die Läsionen der Hinterstränge des Rückenmarks bei Leprakranken, von Jeanselme und Marie 198
Der nasale Ursprung der Lepra, von Julius Goldschmidt 198
Lepra maculo-anaesthetica, von Jadassohn 198
Lepra — unheilbar. Offene Antwort auf eine Mitteilung Gémys, von Albert S. Ashmead 199
Über die Wirkungen der Bakterienproteine und der Deuteroalbumose bei Lepra, von Soonetz 199
Über einen Fall von Lepra tuberosa ohne Befund von Leprabacillen und über das Vorkommen von Riesenzellen in leprösen Hautinfiltraten, von Carl Brutzer 884
Lepra, Ladrerie, Maladie, Aussatz, Spedalskhed, Meluatschheid, Scrofule, Psoriasis, von Adrien Timmermans 438
Über die leprösen Erytheme und Phlebitiden, von L. Philippson 442
Die Lepra in Sizilien, von Càllari 443

Seite

Lepra, von Fox ... 525
Lepra, von Lustgarten ... 528
Fall von Lepra anaesthetica, von G. T. Jackson ... 528
Eine Beobachtung über Leprafieber, von Alex. Lewers ... 536
Über den heutigen Stand der Hereditäts- und Kontagiositätsfrage der Lepra, von Loewald ... 546
Über Lepra, von Locht ... 546
Ein Fall von Lepra, von Jourdanet ... 547
Die Lepra in Marseille, von Perrin ... 547
Über Lepra der Lunge, von Babes und Moscuna ... 547
Zur Frage von gleichzeitigem Vorkommen von Lepra und Syphilis, von Messarosch ... 548
Beiträge zur Kultur des Leprabacillus, von Max Teich ... 548
Das Aussätzigenasyl „Jesus Hilfe" bei Jerusalem und der Aussatz in Palästina, von Schmidtmann ... 572
Makulo-anästhetische Lepride des Handtellers, von D. W. Montgomery ... 575
Über einen Fall von Lepra. Histologie der Leprome, von Audry ... 579

β. *Tuberkulose.*

Ein Fall von Tuberculosis perinei, von Csillag ... 122
Nasenlupus, von Holländer ... 173
Tuberculosis verrucosa cutis der Hand, von Manley ... 176
Hauttuberkulose, von Martin ... 189
Sekundäre Hauttuberkulose, von Kennedy ... 226
Skrophulosis und Soolbäder, von Vollmer ... 228
Tuberculosis multiplex subcutanea, von Jadassohn ... 228
Trauma und Tuberkulose, von Urban ... 228
Zur Schmierseifenbehandlung der tuberkulösen Lokalerkrankungen, von Alb. Hoffa 229
Die Darstellung des Tuberkelbacillus im Gewebe, von Delbanco ... 229
Lupus, behandelt mit Röntgenstrahlen, von C. Th. Holland ... 230
Lupus, behandelt mit Thyreoidkolloid, von P. Gould ... 230
Über den Nasenlupus, von Holländer ... 230
Eine neue Lupusbehandlung durch innere Medikation, von A. Philippson ... 266
Die Wirkungen der Lippspringer „Arminiusquelle" auf Hauterkrankungen (speziell Lupus exulcerans), von Bohden ... 267
Lupus und Epitheliom des Gesichts; Tuberculosis verrucosa des Gesichts; recidivierendes Erysipel und Elephantiasis der rechten Unterextremität, von Sarraute ... 329
Die therapeutische Wirkung der Röntgenschen Strahlen auf Lupus, von J. Hall-Edwards ... 380
Fall von Lupus vulgaris, von Eddowes ... 484
Eine polymorphe Hauterkrankung; tuberkulöse Halsdrüsen, von Bronson ... 526
Langdauernder Lupus, von Morrow ... 526
Beobachtungen über einige neuere Methoden der Behandlung des Lupus vulgaris, von J. M. H. Macleod ... 533
Übertragbarkeit der Tuberkulose durch den Bart Tuberkulöser, von Schoull .. 549
Ungewöhnliche Lokalisation der Tuberkulose, von Alfred Scott Warthin ... 549
Ein Beitrag zur Lehre vom Lupus vulgaris und seiner Behandlung mit subcutanen Injektionen von Kalomel, von Tschlenow ... 549
Über den Nasenlupus, von Holländer ... 549
Ein Fall von „Lupus lymphaticus" des Augapfels, von D. Walsh und S. Stephenson ... 550
Tuberkulinwirkung bei Lupus, von Doutrelepont ... 550
Lupus, behandelt mit Röntgenstrahlen, von C. Th. Holland ... 551
Fluoroform gegen Tuberkulose, von Stepp ... 551
Lupus, von Plonski ... 562
Über den Lupus der Schleimhäute und dessen Bedeutung als Ausgangspunkt der Affektion, von Audry ... 577
Epitheliom auf dem Boden eines Lupus der Mundrachenschleimhaut, von Audry und Iversing ... 578

Seite

γ. *Syphilis.*

Die Behandlung der Stomatitis mercurialis, von A. Lanz 17
Über Syphilis der Harnleiter, von J. K. Proksch 69
Einspritzungen von künstlichem Serum nach Hayem bei Syphilis maligna, von Victor Augagneur 72
Über den Zusammenhang zwischen Sypilis und Psoriasis, von A. Alpár 120
Fall von Erythema nodosum und Lues recens bei einem Individuum, von Huber 122
Bemerkungen über vermutliche Phlebitis und Lymphangitis bei sekundärer Syphilis, von F. P. Weber 130
Ein Fall von Syphilis hereditaria mit Reinfektion und tödlichem Ausgang, von Jullien und Thuvien 131
Über Syphilis nasalis acquisita, von E. Blanc und Faussié 131
Schwere tertiäre Syphilis, von Lesser 171
Syphilis cutanea vegetans, von Malyscheff 174
Fall von Syphilis des Nervensystems, von Barber 178
Syphilis des Nervensystems, von William Browning 179
Zur Ätiologie des protrahierten Verlaufes der ersten Latenzperioden der Syphilis, von T. Broes van Dort 181
Zur Pathogenese der kongenitalen Frühsyphilis, von Carl Hochsinger 181
Elephantiasis syphilitica, von Pudor 187
Extragenitaler Schanker, von Bosher 187
Wie ich die Syphilis behandle, von George J. Monroe 191
Einige Worte über die Behandlung mit Quecksilbersäckchen, von E. Welander 222
Gummata und Sclerosis redux, von Anthony 225
Syphilis in Kopenhagen, von Ehlers 230
Syphilis und die Leber, von J. G. Adami 230
Die Differentialdiagnose der syphilitischen Exantheme und die cutanen Zeichen früherer Syphilis, von G. H. Fox 231
Einige syphilitische Erkrankungen im Röntgenbilde, von R. Hans 231
Die Diagnose der nicht durch Geschlechtsverkehr erworbenen Syphilis im frühen Stadium, von van Harlingen 232
„Collessches Gesetz" odes „Wallacesches Gesetz"? von J. A. Shaw-Mackenzie 232
Mitteilungen über die Neigung syphilitischer Kinder zu bestimmten spezifischen Organ- und Gewebserkrankungen, von Thomson 232
Über den extragenitalen Schanker, dessen Häufigkeit und seine Bedeutung für den Verlauf der Syphilis, von Alex. Haslund 232
Ein seltener Fall von extragenitaler syphilitischer Infektion, von A. Rosenquist 233
Über das primäre syphilitische Geschwür am Augenlide, von Mohr 233
Die Behandlung der syphilitischen Anämie, von Boas 233
Arteriitis syphilitica der beiden Arteriae fossae Sylvii und des Truncus basilaris, von Bacaloglu 234
Über die Gefäfsveränderungen durch Syphilis, von S. Abramow 234
Gumma der Zunge, von Ch. Symonds 234
Zungengumma, von Gottheil 234
Syphilitische Stenose der Bronchien, von Rolleston und Ogle 235
Über Syphilis der Milz mit besonderer Berücksichtigung des Milztumors im sekundären Stadium der Lues, von C. Bruhns 235
Die Angreifbarkeit der Niere bei Syphilis, von Louis Rénon 235
Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Mastdarmgeschwüre, von Karl Schuchardt 236
Gummöse Periostitis und Ostitis nebst Bericht über einen Fall von Perforation der Schädelhöhle, von W. S. Gottheil 237
Chronische syphilitische Ulcerationen von Fufs und Knöchel, von Sherill 237
Ein Fall von schwerer Augensyphilis, von Fromaget 237
Ein Fall von Rückenmarkssyphilis mit Höhlenbildung, von Japha 237
Über die Ätiologie der Tabes, von M. Kende 238
Paralyse und Syphilis, von v. Speyr 241
Syphilis und Tabes, von Touche 242
Syphilis und Gesichtslähmung, von Joseph Fraenkel 242
Die rudimentären ophthalmoskopichen Stigmata der hereditären Lues, von Atonelli 242
Ein Zeichen der hereditären Syphilis, von R. H. M. Dawbarn 243

Seite

Beobachtungen über 84 Fälle, welche durch intravenöse Injektion von Quecksilbercyanid behandelt wurden, von A. Chopping ... 243
Die Behandlung der sekundären Syphilis, von R. W. Taylor ... 243
Die Behandlung der Syphilis, von J. B. Bangs ... 244
Über Erfahrungen mit der Welanderschen Methode der Anwendung von Unguentum Hydrargyri cinereum bei Syphilis, von Stern ... 244
Die Therapie der Tabes, von A. Sarbó ... 244
Das lösliche metallische Quecksilber als Heilmittel, von Oscar Werler ... 267
Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis bei einem zwölfjährigem Kinde, von Nonne ... 270
Einige Fälle von visceraler Syphilis, von F. Pistoj ... 271
Verhütung und Behandlung der Syphilis in der Marine und dem Heere, von E. E. Mahon ... 378
Die Prophylaxis der Syphilis, von F. H. Welch ... 379
Die Verbreitung der Syphilis, der venerischen Krankheiten und der Prostitution in Rufsland, von O. v. Petersen und C. v. Stürmer ... 385
Periostitis syphilitica, von Ledermann ... 423
Lichen syphiliticus, von Pincus ... 423
Initialsklerose am Mittelfinger, von Pernet ... 426
Ein Fall von doppelter extragenitaler Initialsklerose, von P. A. Morrow ... 430
Ein Fall von möglicher Mischinfektion von Syphilis u. Tuberkulose, von P. A. Morrow 431
Ein Fall von Initialsklerose der Brustwarzen, von Allen ... 431
Ein Fall von Syphilis mit frühzeitig auftretenden tertiären Erscheinungen, von Arthur Powell ... 437
Die Veränderungen in der Behandlung der Syphilis mit Hg-Einreibungen innerhalb dieses Jahrhunderts, von L. Schuster ... 437
Ein Fall von wechselnder Lähmung der oberen Körperhälfte während des zweiten Stadiums der Syphilis, von A. Bayet ... 439
Bakterienformen im Blute der Syphilitiker, von Leo Levi ... 442
Osteomyelitis syphilitica antibrachii, von Iljisch ... 487
Infantilismus infolge hereditärer Lues, von Sakressa ... 487
Zur Frage der Pathogenese der hereditären Syphilis, von J. J. Karvonen ... 533
Initialsklerose auf der Haut des Rückens, von Galloway ... 537
Initialsklerose auf der Haut der Wange, von Galloway ... 537
Initialsklerose an der Unterlippe, von Galloway ... 537
Einige Bemerkungen über Syphilis, von C. T. Pearce ... 538
Initialsklerose der Lippe, von C. T. Pearce ... 539
Ein Fall von Lebersyphilis, von C. T. Pearce ... 539
Beitrag zur Kasuistik der aufsergewöhnlichen Lokalisationen der allgemeinen Syphilis. Zwei Fälle von syphilitischer Cystitis, von G. N. Griwzow ... 540
Zur Technik der Quecksilbertherapie, von Rosenthal ... 563
Syphiloderma haemorrhagicum adultorum, von G. Piccard ... 564
Beitrag zur Diagnostik der Hautgummen, von Arnold Loewald ... 570
Über die Verbreitung der venerischen Krankheiten, von Lassar ... 573
Über tingible Körperchen in syphilitischen Produkten, von Richard Loeb ... 574
Histologische Untersuchung einer syphilitischen Lymphangitis, von Audry ... 577
Bericht über die Klinik für Dermatologie und Syphilis während des Zeitraums von 1896—97, von Audry ... 577
Totale syphilitische Alopecie der Cilien, von Iversing ... 578
Über ein primäres isoliertes syphilitisches Gumma einer Mandel, von Audry und Iversing ... 578
Die Kultur des Syphilisbacillus, von Niessen ... 579
Magengeschwür, Syphilis und Tuberkulose, klinischer Vortrag von Potain ... 580
Langdauerndes remittierendes Fieber bei tertiärer Lues, von Caro ... 580
Reinfectio syphilitica, von Skarnowski ... 580
Syphilis hereditaria von excessiver Dauer, von Molènes ... 581
Kongenitale syphilitische Osteitis, von Caird ... 581
Hemiplegia spastica infantilis als Folge hereditärer Syphilis, von Massol ... 581
Über die Veränderungen der Zähne bei Syphilitikern, von Petersen ... 581
Ein kasuistischer Beitrag zur Gummibildung im Larynx, von Cordes ... 582
Über tertiärsyphilitische Mastitis, von G. Reinecke ... 582
Über die tertiäre Syphilis der Sinus und ihre hauptsächlichsten Komplikationen, von Gilbert ... 582

Seite

Über einen Fall von syphilitischer Ulceration des grofsen Netzes mit nachfolgender Perforation und Invagination des Dünndarms, von Lisanti 583
Syphilis des Auges und dessen Nebenorgane, von Charles Stedman Bull.... 583
Bemerkungen über tuberkulöse und syphilitische Erkrankungen des Auges, von L. Grant 584
Gumma der Leber, von Spencer 584
Diffuse syphilitische Veränderungen an der Leber, von F. P. Weber 584
Syphilis der Leber mit Hepatopstose, von Rummo 584
Syphilitische Erkrankung des Magens, von J. W. Dalgliesch 585
Zur Frage der Syphilis des Centralnervensystems beim russischen Bauer, von Tschekau 585
Die allgemeine Diagnose von Gehirn- und Rückenmarkssyphilis, von B. Sachs.. 585
Bemerkungen über die pathologischen Veränderungen in einem Falle von chronisch-syphilitischer Spinalparalyse, von R. T. Williamson 586
Ein Fall von Tabes dorsalis incipiens mit gummöser Erkrankung der Hirnsubstanz, zugleich ein Beitrag zur Pathologie der Wiederkehr des verschwunden gewesenen Patellarreflexes, von Nonne 587
Ein Fall von gekreuzter Lähmung im Verlaufe der syphilitischen Roseola-Periode, von A. Bayet 587
Über öffentliche Mafsregeln gegen Syphilis, von E. Pontoppidan 588
Über Quecksilber- und Jodanwendung in der Syphilistherapie, von A. Neisser.. 588
Die Verwendung des Quecksilbers bei der Behandlung der Syphilis, von Gaucher 589
Über die chronische intermittierende Quecksilberbehandlung der Syphilis, von E. Poulsson 589
Behandlung der Syphilis durch Tragen von mit Quecksilbersalbe bestrichenen Flanellen, von Stern 589
Über die Einreibungskur bei Syphilis, von Eduard Spiegler 590
Die Behandlung der Syphilis, von Boleslav Lapowski 590
Die Serumbehandlung der Syphilis, von Charmeil 591
Die Mineralwasserkur bei der Behandlung der Syphilis, von Neisser 591
Jodipin in subcutaner Anwendung bei tertiärer Lues, von V. Klingmüller ... 592
Antisepsis bei Merkurinjektionen, von M. Bloch 592
Behandlung der syphilitischen Alopecie, von Gaucher 592
Die hereditäre Syphilis des Ohres, von Castex 592
Behandlung der Syphilis des Mundes und des Rachens, von A. Fournier 593
Leukoplasiforme Syphilide oder Parasyphilide des Mundes, von A. Fournier ... 594

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Beiträge zur Lehre vom Favus, von J. Bukovsky 15
Über die Ätiologie des Ekzems 16
Psoriasis. Alkoholismus. Tuberculosis verrucosa des Fufsrückens. Allgemeine Tuberkulose, von Péré 18
Studium über die Prophylaxis und Behandlung der Tinien, von Bellini 21
Über Dermatitis exfoliativa-Ritter, von Rudolf Winternitz 70
Über eine besondere Form von Acne artificialis, von Rille 70
Über Ichthyosis, von Max Peukert 71
Zur Frage der parasitären Natur des Ekzems, von Leredde 72
Ein Fall von Cornu cutaneum auf lupöser Basis, von S. Róna 122
Residivierendes, desquamatives, scarlatiniformes Erythem, von H. R. Crocker.. 129
Die Ursache des Wiederauftretens der Pediculi vestimentorum nach scheinbar gründlicher Behandlung, von W. A. Jamieson 129
Lichen annularis: Ein ringförmiger Ausschlag der Extremitäten, von Galloway 130
Psoriasis vulgaris, von Isaac II 173
Fall von Erythema multiforme, von Wienfield 174
Wollhaar bei einem Kinde weifser Rasse, von Cantrelli 187
Über Acne urticata, von Georg Löwenbach 219
Über die Natur des Erythema induratum, von Georges Thibierge und Paul Ravaut 223
Ein Fall von Ichthyosis nigricans, von Ohmann-Dumesnil 224

Seite

Beitrag zur Histologie des Unterschenkelekzems und der Dermitis varicosa eccematiformis, von Menahem Hodara ... 224
Ein Fall von Dermitis pilaris capillitii, von Dyer ... 225
Zur Histologie des Naevus sebaceus, von Victor Bandler ... 226
Erythromelalgie und Hautatrophie, von R. Schütz ... 267
Über einen Fall von polymorpher Erythrodermie, von Daccó ... 271
Über die Fortschritte in der Auffassung und Behandlung der Ekzeme, von Jadassohn ... 274
Moderne Anschauungen über Ekzem und ihr Einfluſs auf dessen Behandlung, von A. van Harlingen ... 276
Behandlung des Ekzems mit Höllenstein, von Leredde ... 276
Behandlung der Kinderekzeme, von Charles Warrenne Allen ... 277
Über Lokalisation der Psoriasis auf Impfnarben, von Bettmann ... 277
Die mykotische Natur der Psoriasis, von Sültmann ... 278
Dauernde Heilung der Psoriasis durch Salol-Ricinusöl, von Oberson ... 278
Pityriasis rubra pilaris, von A. Ravogli ... 278
Pathologie und Therapie von Herpes tonsurans, von S. Marsden ... 279
Ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum, von S. Prissmann ... 279
Beobachtungen über die polymorphe exsudative Dermatose und über den Einfluſs des Eka-Jodoforms auf dieselbe, von A. G. Cipriani ... 279
Über die Diagnose und Pathogenese akuter Blasenbildungen der Haut, nebst kasuistischem Beitrag zur „Febris bullosa", von Köhler ... 280
Ein Fall von akutem Pemphigus, von Bulloch ... 280
Ein interessanter Fall von Pemphigus, von S. Roach ... 280
Pemphigus neonatorum, von Friedrich Luithlen ... 280
Impetigo, Ekthyma und sogenannter Pemphigus contagiosus, von Corlett ... 281
Sykosis parasitaria der behaarten Kopfhaut, von S. Ehrmann ... 281
Die Psoriasis vulgaris im Säuglings- und Kindesalter, von J. H. Rille ... 328
Über eine Anomalie der Lippenschleimhaut, von Ch. Audry ... 328
Warzen als familiäre Erscheinung, von Vivès ... 329
Zur Pemphigusfrage, von Friedrich Luithlen ... 383
Favus, von Mayer ... 423
Erythema striatum, von Mayer ... 423
Cornua cutanea penis, von Gerson ... 424
Erythema exsudativum multiforme, von Heller ... 424
Ekzem der linken Brustwarze, von Travers Smith ... 424
Perichondritis des Helix und Antihelix beider Ohren, von Perry ... 426
Epidermolysis bullosa, von M. Morris ... 427
Ein Fall von sogenanntem Ekzem der Nägel, von G. T. Jackson ... 429
Ein Fall von Psoriasis der Nägel, von G. H. Fox ... 429
Fall von Acne atrophia, von P. A. Morrow ... 430
Ein Fall von Verruca vulgaris von ungewöhnlicher Lokalisation, von P. A. Morrow 431
Ein Fall von Pityriasis rosea bei einem Kinde, von E. B. Bronson ... 431
Präparat von partieller Ossifikation der Corpora cavernosa, von Chetwood ... 433
Ein Beitrag zum Studium der blastomycetischen Dermatitis, von Hyde, Hektoen und Bevan ... 434
Fünf Fälle von Hauteruptionen, welche im Verlaufe von Nephritis aufgetreten sind, von Lindley Scott ... 435
Dermatitis herpetiformis, von Dr. X ... 435
Nagelerkrankungen mit besonderer Beziehung auf ihre symptomatische Bedeutung, von Jonathan Hutchinson ... 436
Akrodermatitiden, von Jadassohn ... 482
Erythema induratum, von Jadassohn ... 482
Favus, von Jadassohn ... 482
Fall zur Diagnose, wahrscheinlich Pityriasis rubra, von Walsh ... 484
Fall von desquamativer und suppurativer, oberflächlicher Entzündung der Unterlippe, von Galloway ... 485
Kind mit Dysidrosis und universellem circinären, makulösen Erythem, von Fox. 485
Fall von „Keratosis follicularis", von St. Mackenzie ... 486
Fall von recidivierendem, vesikulösen Ausschlag, von Crocker ... 486
Präparate eines hornzerstörenden Pilzes, Onygena equina, von George Pernet 486
Prurigo und diabetes mellitus, von Metscherski ... 487
Cornu cutaneum, von Natanson ... 487

Seite

Kasuistischer Beitrag zur Psoriasis, von A. Gassmann 488
Untersuchungen zur Ätiologie der Impetigo contagiosa, von R. Kaufmann 493
Hydroa vacciniformis, von J. C. White 515
Ein auf gewisse Gebiete beschränkter und in unregelmäfsigen Zwischenräumen recidivierender ungewöhnlicher Blasenausschlag, von W. T. Corlett..... 515
Eine papulöse persistierende Dermatose; ein Bericht über eine noch nicht beschriebene Erkrankung, von J. C. Johnston..... 523
Pityriasis rubra pilaris, von Pollitzer 525
Dystrophie der Nägel, von Morrow..... 525
Colloidmilium, von Lustgarten 525
Recidivierendes Erythema exsudativum, von Bronson..... 526
Pityriasis rubra, von Jackson..... 526
Doppelseitige Keratosis bei Mutter und Kind, von Cherwell..... 527
Keratosis follicularis, von Elliot..... 527
Psoriasis mit Beteiligung der Finger- und Zehennägel und Schwellung der Endphalangen der Finger, von Klotz..... 527
Fall von multipler Keratosis palmarum et plantarum, von H. G. Piffard..... 528
Mifsbildung der Fingernägel und Eccema digitorum, von Klotz..... 528
Fall von kongenitalem, universellen Xeroderma oder Ichthyosis, von Klotz 528
Fall von Prurigo mitis (Hebra), von J. C. Johnston..... 529
Fall von Trichophytie der Nägel, von Johnston..... 530
Demodex folliculorum, von J. A. Fordyce..... 530
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Psoriasis, von L. Kopytowski 532
Klinische und mikroskopische Varietäten des Ringworms, von J. C. M. Given . 534
Ein Fall von eigentümlichen, multiplen Talgdrüsencysten (Steatocystoma multiplex), von J. J. Pringle 535
Dermatitis herpetiformis Duhring, von Plonski..... 562
Beitrag zur Behandlung der Acne vulgaris, von Julius Müller..... 571
Beitrag zur Behandlung der Psoriasis, von Hugo Goldschmidt..... 574
Ein Fall von kongenitaler Dermatitis herpetiformis mit fast vollständigem Fehlen der Finger- und Zehennägel, von S. Sherwell..... 575
Über eine recidivierende Phlyktänose der äufseren und vorderen Fläche des Daumens, von Audry 577
Über einen krankhaften Prozefs von Epidermisneubildung und über die Pseudokomedonen, von Audry..... 577
Zur Histologie der Skarifikationen und ihre Reparation, von Audry..... 579
Pityriasis, von Schwimmer..... 595
Die Behandlung des Ekzems, von D. L. Ellis 598
Die Behandlung des Ekzems der Lider, von Trousseau 598
Psoriasis und Alkoholismus, von Nardecchia..... 599
Über das Verhältnis von Leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris, von Lissauer 599
Die Behandlung der Leukoplakia linguae, von Du Castel..... 600

b. der Cutis.

Ein Fall von Perifolliculitis suppurativa und framboesiformen Gebilden im Anschlusse an ein Ekzem, von Huber..... 117
Ein Fall von Lichen scrophulosorum (?), von Bruckmayer 122
Vier Fälle von extragenitalem weichen Schanker, von Csillag..... 125
Lichen ruber verrucosus, von Berger..... 171
Oedema perstans faciei, von Lesser..... 171
Angioelephantiasis der rechten und unteren Extremität, von Lesser 172
Zur Histologie der Pityriasis rosea, von Blaschko 173
Ein Beitrag zum Studium des sogenannten prämykotischen Stadiums der Mykosis fungoides, von J. N. Hyde und F. H. Montgomery..... 184
Ein Fall von „Erythème induré des scrofuleux-Bazin“ mit mikroskopischen Befunden, welche auf den nicht tuberkulösen Charakter der Affektion hinweisen, von Ch. T. Dade..... 185
Erythema induratum und nekrotisches Granuloma bei einem und demselben Patienten, von J. C. Johnston..... 186
Verhältnis des Karfunkels zum Furunkel, von Baerens 189
Perifolliculitis suppurativa und framboesiforme Vegetationen im Anschlusse an Ekzem, von Alfred Huber..... 220

Seite

Zur Kenntnis des venerischen Bubo und des Buboneneiters, von C. Adrian ... 221
Papillome am After, von Middleton ... 226
Über den äufseren Milzbrand des Menschen, von Justi ... 271
Hämorrhagie infolge eines phagedänischen Schankers der Eichel, unter dem Bilde einer Urethralblutung verlaufend, von Boisson ... 282
Die Behandlung des weichen Schankers mittelst Dampf, von Manfanowski ... 282
Desinfektionsversuche von mit Eiter aus venerischen Ulcera infizierten Wunden mittelst gewöhnlicher Seife, von Giovannini ... 283
Bakteriologische Befunde bei Stomatitis und Tonsillitis ulcerosa, von Salomon. 283
Einige Bemerkungen über Erysipel und dessen Behandlung, von Charles W. Allen ... 283
Ein Fall von Phlegmone des Halses, von Feige ... 284
Ein Fall von Noma bei einem dysenterischen Erwachsenen, von Le Count 284
Ein Fall von Noma des Ohres, von G. Munro Smith ... 284
Über seltenere Lokalisation des Diphtheriebacillus auf Haut und Schleimhaut, von A. W. R. Müller ... 285
Ein Fall von akuter Dermatomyositis, von W. Neubauer ... 285
Pemphigus vegetans, von Julius Mayr ... 285
Die Furunkulose, ihre Ätiologie und Behandlung, von Stoner ... 285
Bierhefe bei Furunkulose, von L. Brocq ... 286
Karbunkel im Gesicht, von W. O. Beveridge ... 286
Das Natron salicylicum beim Furunkel und Karbunkel, von Kroimott ... 286
Heilung eines Falles von Milzbrand mit dem Serum von Sclavo, von Abba 287
Über die Orientbeule, von Felix Loewenhardt ... 287
Artifizielle Cutisgangrän, von Rieke ... 326
Über den Pemphigus foliaceus Cazenave, von Leredde ... 326
Trichophytiasis profunda des Bartes, von Sabrazès und Brengues ... 328
Zur Kasuistik des phagedänischen Schankers, von Jullien ... 329
Lichen ruber verrucosus, von Joseph ... 424
Fall von Lichen planus, von Eddowes ... 424
Fall von ulcerierender Hautaffektion an den Fingern und Zehen, von G. Little 426
Erythema gangraenosum, von C. Fox ... 427
Ein Fall von Ringworm der Nägel, von Whitfield ... 427
Nekrotisierende Folliculitis der Kopfhaut, von M. Morris ... 427
Ein Fall von pustulöser Folliculitis der Kopfhaut, von Pringle ... 427
Ein Fall von Erythema induratum, von E. B. Bronson ... 432
Symmetrische, ödematöse Schwellungen im Gefolge von Basedowscher Krankheit, von Howard Morrow ... 435
Mechanische und chemische Antisepsis bei der Behandlung des Herpes tonsurans, von Calderone ... 443
Lichen ruber planus, von Jadassohn ... 482
Fall von Lichen spinulosus, von Galloway ... 484
Fall von Dermatitis gangraenosa, von St. Mackenzie ... 486
Knotenbildungen bei Melkerinnen, von Rudolf Winternitz ... 489
Zur Kenntnis des venerischen Bubo und des Buboneneiters, von C. Adrian.... 495
Ein Beitrag zur Kenntnis des sogenannten „vormykotischen" Stadiums der Mykosis fungoides, von J. N. Hyde und F. H. Montgomery ... 518
Ein eigentümlicher Fall von Granuloma am Gesicht und den Extremitäten, von F. J. Shepherd ... 519
Lichen scrophulosum bei einem Negerkinde, von T. C. Gilchrist ... 523
Ein Fall von Lichen planus universalis mit plötzlichem Exitus letalis; Sektionsbericht und histologische Untersuchung der Hautläsionen, von J. A. Fordyce 524
Lichen planus hypertrophicus, von Fordyce ... 524
Einseitiger Lichen planus, von Morrow ... 525
Vormykotisches Stadium bei Mykosis fungoides, von Morrow ... 525
Rhinosklerom, von Klotz ... 526
Pityriasis rubra pilaris (Lichen ruber), von Fox ... 527
Über eine ungewöhnliche Lokalisation des Molluscum contagiosum, von F. Sprecher ... 532
Elephantiasis scroti et penis, von Isaac II ... 563
Über einen Bakterienbefund bei Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen, von Ludwig Waelsch ... 567

Seite

Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie des Ecthyma gangraenosum, von Fritz Hitschmann und Karl Kreibich ... 569
Über die klinische Bedeutung des gemischten Schankers, von Audry ... 577
Über eine Epidemie von weichen Schankern, von Audry ... 577
Über zwei an entfernten Stellen und nacheinander bei demselben Individuum aufgetretene Schanker, von Audry ... 577
Dreizehn extragenitale weiche Schanker bei einem Krätzigen, von Rey ... 577

Progressive Ernährungsstörungen.

Ein Fall von multiplem idiopathischen Sarcoma cutis (Kaposi), von Róna ... 117
Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentodes cutis, von Havas ... 118
Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentodes cutis, von Sellei ... 119
Akroangioma cutis haemorrhagicum oder Sarcoma cutis multiplex idiopathicum, von Kracht ... 176
Über die Natur des Molluscum contagiosum, von Ch. Audry ... 327
Behandlung eines Keloids mit Kreosotöleinspritzungen, von Péré ... 328
Der Krebsparasit, von W. Russell ... 329
Über Riesenzellenbildung in Kankroiden, von J. A. Becher ... 330
Epithelioma der Lippe bei einem 18jährigen jungen Manne, von G. J. Johnston 330
Ein Fall von Pagets Disease von 13jähriger Dauer ohne carcinomatöse Degeneration der Brustdrüse, von Masland und Babcock ... 331
Ein Fall von multiplem Melanosarkom mit allgemeiner Melanose, von Hensen und Nölke ... 331
Über einen Fall von multiplem Pigmentsarkom der Haut, von Travali ... 331
Bemerkenswerter Fall von multiplen Hautgewächsen als Folge der Einwirkung der Sonnenstrahlen, von A. M. Sheild ... 331
Fibroma molluscum, von Petersen ... 332
Molluscum fibrosum kompliziert mit Neurom, von T. Cawardine ... 332
Über seltene Lokalisation von Fettgeschwülsten, von Dominik Pcysovac ... 332
Über gutartige cystische Epitheliome der Bindehaut. (Epithelioma cysticum congenitum. — Dermoepitheliom nach Parinaud), von Best ... 332
Zur Pathogenese des Keloids, von M. Wilms ... 333
Fall von multiplem Hautangiom, von Ullmann ... 334
Ein Fall von Lymphangioma manus multiplex (Wegner), von Josef Preindlsberger ... 334
Über den Diabetes mit Bronzefärbung der Haut, zugleich ein Beitrag zur Lehre der allgemeinen Hämochromatose und der Pankreasschrumpfung, von W. Anschütz ... 334
Behandlung der Addisonschen Krankheit, von Plicque ... 335
Ein Fall von Melanosis lenticularis congenita, von Louis Popper ... 335
Keloid, von Crocker ... 425
Mann mit multiplen, fibrösen und vaskulären, kongenitalen Tumoren der Haut, von Michards ... 426
Melanotisches Sarkom, von C. Fox ... 427
Talgdrüsengeschwulst, von Rolleston ... 428
Behandlung des Sarcoma cutis mit Arsenik, von Pospelow ... 487
Sarcomata idiopathica multiplicia pigmentosa cutis (Kaposi), von Robert Bernard 490
Über die aus weichen Naevis entstandenen bösartigen Geschwülste, von Ludwig Waelsch ... 492
Über Rhinosklerom, von S. Róna ... 492
Über Keloide, von Max Joseph ... 493
Sind die aus pigmentierten Mälern entstehenden Neoplasmen Carcinome oder Sarkome etc.? von J. C. Gilchrist ... 517
Lymphangioma circumscriptum cutis und der sogenannte Naevus linearis, von W. T. Corlett ... 519
Adenoma sebaceum, von Fox ... 527
Sarcoma maculosum melanoticum, von Lustgarten ... 527
Fall von Epithelioma des Gesichts, von Allen ... 528
Melanosis cutis; atypischer Morbus Addisonii, von Lustgarten ... 528
Fall von universellem Fibroma molluscum, von H. H. Whitehouse ... 529
Ein Fall von Sarkom unter dem Bilde der Mykosis fungoides „d'Emblée", von A. J. Minne ... 531

Seite
Kankroide, von Plonski ... 563
Über die Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie und bei Pseudoleukämie, von Felix Pinkus ... 566
Über ein nach dem Gebrauche von Kollodium aufgetretenes Keloid, von Audry 577

Pigmentanomalien.

Naevus pigmentosus verrusosus unius lateris, von Gerson ... 170
Naevus pigmentosus verrucosus unilateralis, von Plonski ... 171
Vitiligo, von Lipmann-Wulf ... 172
Naevus angiectodes circumscriptus universalis, von Pollitzer ... 525
Behandlung von Naevus durch Elektrolyse, von Fox ... 525
Naevus linearis, von Morrow ... 526
Allgemeine Vitiligo, von Allen ... 528
Vitiligo am Scrotum und Penis, von Allen ... 528
Fall von Vitiligo und Morphoea, von G. H. Fox ... 529

Regressive Ernährungsstörungen.

Fall von Lupus erythematodes, von Bruckmann ... 117
Atrophia cutis idiopathica et Sclerodermia, von Metscherski ... 174
Rapide Zunahme der Leukodermaflecke ... 176
Geschwürsbildung auf der einen Seite der Nase, von Sherwell ... 177
Alopecia areata, von Mosler ... 178
Alopecia areata, von Raynor ... 178
Ein neues Agens zur Beseitigung der Alopecia areata, von Granville Mac Gowan ... 184
Beitrag zur Behandlung der Hämorrhoiden mit Injektion von Karbolglycerin, von H. Durlacher ... 336
Hämorrhoiden, ihre Ursache und Behandlung, von O. L. Jones ... 336
Die Behandlung von Hämorrhoidalzuständen mit Zymoidin-Rosenberg, von Freudenberg ... 336
Plötzliches Ergrauen der Haare, von Moritz Schmidt ... 336
Lichen atrophicus und Vitiligo, von W. Oerbäk ... 336
Zur Kasuistik der Sklerodaktylie, von S. Kalischer ... 336
Sklerema neonatorum, von E. A. Wilkes ... 337
Fall von Sklerodermie, von Bloch ... 337
Fall von Sklerodermie der unteren Extremitäten, von Adler ... 337
Über die Behandlung der Gangrän bei Diabetes, von Gussenbauer ... 337
Über Spontangangrän im Kindesalter, von Zuppinger ... 338
Zur Kasuistik der Gangraena cutis, von Erhard Riecke ... 338
Spontane Gangrän bei einem Kinde auf Grund einer Gefäßerkrankung, von Goebel ... 338
Über die Natur des Lupus erythematosus, von Boeck ... 339
Zwei Fälle von Lupus erythematodes faciei, von Heuss ... 339
Behandlung des Lupus erythematosus, von Hebra ... 339
Die Behandlung von Lupus erythematodes durch interne Darreichung von Jodoform, von H. H. Whitehouse ... 339
Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Röntgenstrahlen, von Schiff ... 340
Endemisches Auftreten der Alopecia areata, von Leopold Ehrenhaft ... 340
Alopecia areata und Seborrhoe, von Leslie Phillips ... 340
Alopecia areata capitis, von Heuss ... 340
Xeroderma pigmentosum, von Bareldt ... 340
Ein Fall von Atrophia idiopathica progressiva cutis, von Róna ... 340
Über akute Erkrankungen der Haut und der Schleimhaut des Mundes im Anfangsstadium des Myxödems etc., von R. Kirk ... 341
Myxödem bei einem Kinde, von Bertram Abrahams ... 341
Ein Fall von infantilem Myxödem, behandelt mit Thyreoidea, von Schiele ... 342
Über die Behandlung des Myxödems mit einem neuen Schilddrüsenpräparat (Thyroglandin), von W. Mac Lenan ... 342
Xerodermia pilaris, von Isaac II ... 424
Ulcus rodens auf der Nase, von Perry ... 426
Fall von totaler Alopecie, von Shillitoe ... 426

Seite
Ein Fall von idiopathischer Hauttarophie, von O. H. Holder 428
Ein Fall von Morphoea, von Allen..... 429
Ein Fall von Dystrophia der Nägel, von C. W. Allen 429
Lupus erythematosus, von Jadassohn 482
Totale Alopecie, Leukoderma und Sklerodermа, von Eddowes..... 483
Fall von Leukoderma der Kopfhaut, von Eddowes..... 484
Leukoderma, von Walters 484
Lupus erythematodes, dessen Ätiologie und Pathologie, von A. R. Robinson .. 520
Lupus erythematodes, dessen Behandlungsfähigkeit, von J. C. White..... 521
Lupus erythematosus bei einer tuberkulösen Patientin nebst Autopsiebericht, von J. A. Fordyce..... 521
Lupus erythematodes confluens, von Lustgarten..... 525
Pagetsche Krankheit, von Sherwell..... 526
Doppelseitige Hemiatrophia facialis, von Sherwell..... 526
Lineare Hautatrophie, von Fox 526
Symmetrische Hautatrophie, von Fordyce 527
Ernährungsstörung der Haare, von Fox..... 527
Fall von Sklerodaktylie, von Klotz..... 529
Über eine Behandlung des Lupus erythematosus, von Elliot..... 529
Zwei Epidemien von Alopecia areata in einem Mädchenasyl, von John 539
Tuberkulöse Läsionen bei einem Lupus erythematosus des Haarbodens, von Audry 578
Über die Alopecie mit Ichthyose, von Billard 578

Idioneurosen.

Über Badepruritus, von Henry W. Stelwagon..... 288

Mifsbildungen.

Lineare unilaterale Ichthyosis, von Leslie Phillips..... 288
Seltene Mifsbildung des rechten Orificium uretero-vesicale. Kongenitale Hydronephrose, von Delore und Carrel 433

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Einiges über Harnröhrenstrikturen überhaupt und solche seltener Form, von Eduard Deutsch..... 14
Ein Fall von Verhärtung der Corpora cavernosa, von Péré..... 18
Behandlung der Hypospadie mit Durchstechung des Penis und Hauttransplantation nach Öllier-Thiersch, von Tuffier 18
Über einen eigentümlichen Fall von Staphylokokken-Infektion, von H. Wohlgemuth..... 31
Über Spülbehandlung der unteren Harnwege, von Schwerin..... 31
Mitteilungen über technische Verbesserungen, von H. Lohnstein..... 31
Kongenitale Abwesenheit der Glans penis, von Ira E. Atkinson 32
Über die Circumcision nach der Methode Rebreyends, von Loumeau 32
Eine neue Operation der Hypospadie der Eichel nach Bardenheuer, von Breuer 32
Harnröhrenentzündung durch Radfahren, von Robinson..... 32
Hauttransplantation in Fällen von hochgradigen traumatischen Defekten an Scrotum und Penis, von N. Senn 33
Über spontane akute Gangrän der Haut des Penis und des Scrotums und über plastischen Ersatz der ganzen Penishaut, von Josef Sorgo 33
Der Wert der Elektrolyse bei der Behandlung der Urethritis chronica glandularis, von G. Theodor Mundorff..... 33
Die Bedeutung des Harnröhrenspiegels für die Diagnose der in Taschen der Pars posterior urethrae sitzenden Harnröhrensteine, von S. Baumgarten 34
Harnröhrenstein bei einem 6jährigen Kinde, von Reboul..... 35

Seite

Ein Universalinstrument zur Behandlung der Harnretention bei Strikturen und Prostatahypertrophie, von Lohnstein ... 35
Praktische Winke zur Behandlung der Harnröhrenstriktur, von J. W. Cousins. 35
Bemerkungen über die Behandlung der schwierigen Striktur, von Warden 36
Die Elektrolyse in der Behandlung der Harnröhrenverengerungen, von Debédat 36
Über die Urethrotomia externa ... 36
Äufsere Urethrotomia, gefolgt von zweimaliger Cysto- und Lithotomia suprapubica an demselben Patienten im Verlaufe von 9 Jahren, von L. E. Newman 37
Pathologisch-anatomische Untersuchung eines Falles von „Cystitis emphysematosa", von J. W. Kedrowsky ... 38
Die Behandlung der tuberkulösen Erkrankung der Blase, von C. M. Moullin... 38
Blasengeschwülste, diagnostiziert mittelst Cystoskops, von Th. Thomas 39
Über Harnblasenentzündung und Harnblasengeschwülste bei Arbeitern in Farbfabriken, von Leichtenstern ... 39
Fälle von Blasentumoren, von Barling ... 39
Ein Fall von Blasenstein, von P. A. Buck ... 39
Die Behandlung von Blasensteinen, von Freyer ... 40
Ein Fall von Blasen- und Ureterstein, von C. Longard ... 40
Einiges über Harnröhrenstrikturen überhaupt und solche seltenerer Form, von Eduard Deutsch ... 72
Über Urethroskopie, von Julius Kisch ... 118
Technik der Lithotripsie, von Guyon ... 131
Ein Kathetertaschenetui, von Nuguès ... 133
Ursachen einer spastischen Striktur, von Morton ... 175
Die Technik der Lithotripsie, von Guyon ... 182
Einige Bemerkungen über die Diagnose und Behandlung der Blasenruptur, von Paul Thorndike ... 183
Ein Fall von sklerotischer Verengerung des Harnröhreneinganges, von G. K. Swinburne ... 185
Kombinierter perinealer und hoher Blasenschnitt, von P. Munn ... 226
Über Ätiologie, Symptome und Behandlung der septischen Infektion der Harnwege, von Thorkild Rovsing ... 247
Ein neuer Apparat zur Sterilisation elastischer Katheter, von Ruprecht 247
Zur Katheterdesinfektion, von Richard Huldschiner ... 247
Beitrag zur Behandlung der Urogenitaltuberkulose, von B. Goldberg 247
Über methodische unblutige Erweiterung der Phimosis kleiner Knaben, von F. Schilling ... 248
Zur Operation der Hypospadie, von Beck ... 249
Ein Fall von geheilter Hypospadia perinealis, von Waitz ... 249
Epitheliom des Penis, von Bodmann ... 249
Epitheliom des Penis, von Jonathan Hutchinson jr. ... 249
Ein Fall von chronischer Entzündung und Induration der Corpora cavernosa, von William R. Cochrane ... 249
Ein Fall von Sarkom der Corpora cavernosa, von W. H. Battle ... 250
Priapismus epilepticus, von Féré ... 250
Über die Wichtigkeit der Urethroskopie in der Diagnostik der im hinteren Abschnitte der Harnröhre sitzenden Harnröhrensteine, von St. Baumgarten. 250
Bemerkungen über Urethrotomien, von Sonnenburg ... 251
Über Urethrotomia interna, von M. Schlifka ... 251
Ein Überblick über meine Erfahrungen mit der Urethrotomia interna anterior, von G. Frank Lydston ... 252
Fremdkörper in der Harnröhre, von M. Friedländer ... 268
Über die kongenitalen Vesico-Umbilikalfisteln bei Prostatikern, von Delore 268
Ödematöses Fibrom der Blase, von L. Crick ... 269
Beitrag zur Pathologie der männlichen Geschlechtsorgane, von M. Henkel..... 270
Zur Technik der Harnröhren- und Blasenirrigationen nach Janet, von Ludw. Spitzer 270
Äufsere Urethrotomie, von Hayden ... 289
Allgemeine Staphylokokkeninfektion urethralen Ursprungs, von Rendu..... 289
Diphtherie der Urethra, von W. H. Gregory ... 289
Fälle von Blutung mit starker Ausdehnung der Harnblase bei Männern, von R. Harrison ... 289
Über die zufälligen Verletzungen der Harnblase im Verlaufe von Leistenbruchoperationen, von Morisani ... 289

Seite

Über die Resorptionskraft der Harnblase und die Wege, auf welchen diese Resorption zu stande kommt, von J. Janet ... 290
Eintröpfelungen und ihr Wert bei der Behandlung der Cystitis, von Warden .. 290
Die Diagnose und Behandlung der häufigsten Blasenaffektionen bei Weibern mit der Kellyschen Methode, von Vineberg ... 290
Urotropin in der Kinderpraxis, von Heubner ... 291
Über das Ausdrücken der Harnblase, von Ripperger ... 292
Beobachtungen über einen Fall von Divertikel der Harnblase, von G. A. Wright und W. Coates ... 292
Eine neue Methode der Harnblasendrainage nach hohem Blasenschnitt zur Verhütung der Harninfiltration, von Carl Kaczkowski ... 292
Die Therapie der Blasentuberkulose. Sammelbericht über die Publikationen der Jahre 1896—1898, von L. Steindler ... 293
Über einen Fall von Blasentuberkulose etc., von J. J. McGrath ... 293
Blasenstein und Neurasthenie, von Loumeau ... 293
Entfernung von 14 Harnsäuresteinen aus der Blase mit Hülfe eines improvisierten Colpeurynters, von T. S. Browne und F. Deane ... 294
Fremdkörper in der Blase von Männern, von J. P. zum Busch ... 294
Ein Knopflochstecher in der Harnblase eines 15jährigen Mädchens, von A. Hauč 294
Intraurethrotomie bei weiten Strikturen, von Kollmann ... 325. 326
Zur Verbreitung der Prognose des Peniscarcinoms, von Küttner ... 325
Über einige Hülfsmittel bei der Litholapaxie, von Loewenhardt ... 325
Latente Epitheliomatose des Penis, Allgemeinerkrankung, von Sarraute ... 328
Oberflächlicher Einrifs der Blasenschleimhaut während einer Ausspülung der Urethra mit Kalium permanganicum, von Sarraute ... 328
Präparat von partieller Ossifikation auf Corpora cavernosa, von Chetwood 432
Über Gleitmittel zur Einführung urologischer Instrumente, von Felix Schlagintweit ... 541
Radikaloperation der Blasenspalte (Ektopia vesicae) durch Implantation der Harnleiter in den Dickdarm, von Em. Herczel ... 574
Über drei Fälle von Induration der Corpora cavernosa, von Durand ... 578
Papillom der Blase, von Audry ... 578

b. Hoden und Samenbläschen.

Über Störungen in der Entleerung des Sperma (Dyspermatie), von Pousson ... 19
Sind total Kastrierte fortpflanzungsfähig? von Sturgis ... 40
Zur Spermauntersuchung, von Beumer ... 41
Die Ursachen der Azoospermie, von Simmonds ... 41
Zur Behandlung der Pollutiones nocturnae und der Ejaculatio praecox, von H. Popper ... 42
Dislokation eines Testikels, von A. D. Keith ... 42
Tuberkulose des Testikels im Anschlufs an Masern, von J. B. Shaw ... 42
Eitrige Epididymitis als Typhuskompliation, von Strassburger ... 42
Neue Methode der Radikaloperation der Hydrocele, von Winkelmann ... 43
Die mechanische Behandlung der männlichen Impotenz, von B. Scheinkmann 43
Über Hodensarkome, von Kayser ... 271
Ein Fall von überzähligem Testikel, von J. K. Tomory ... 294
Ektopia testicularis inguinalis, von Duplay ... 294
Über maligne Hodengeschwülste und ihre Metastasen, von Most ... 295
Seltene Hodentumoren, von Mühsam ... 295
Radikalbehandlung der Hydrocele durch perineale Excision des gröfseren Teils des Sackes, von H. Milton ... 296
Entzündung der Samenblasen und ihre Behandlung, von Youmans ... 296
Excision eines der Samenbläschen von C. M. Moullin ... 296
Über krankhafte Samenverluste, von M. Popper ... 296
Dermoidcyste des Testistels. Gumma des Testikels, von Manley. ... 432

c. Prostata.

Ein Fall von multiplen Prostatasteinen, von Golding-Bird ... 44
Senile Prostatahypertrophie, von Tobin ... 44
Weitere Ergebnisse der Kastration und der Resektion der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie, von Loumeau ... 44

Seite

Behandlung der Prostatahypertrophie, von Kraske 44
Die Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie durch Elektroincision. Demonstration des Freudenberg-Bottinischen Incisors, Anführung der Kasuistik, von Bronsford Lewis 45
Bottinis Operation gegen Prostatahypertrophie mit Anführung von bezüglichen Fällen, von Andrew Downes 45
Über die Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini, von H. Lohnstein 45
Über Bottinis galvanokaustische Incision der hypertrophierten Prostata, von A. v. Frisch 46
Die Bottinische Behandlungsmethode der Prostatahypertrophie, von Rydygier .. 47
Zwei Fälle von primärem Prostatacarcinom, von Bolton Bangs 224
Die Bottinische Operation, von Downes 226
Behandlung der Harnverhaltung bei Hypertrophia prostatae, von Christian ... 226
Innervation der Prostata und ihre Sekretionsnerven, von Bormann und Mislavsky 297
Histologische Untersuchungen über die Atrophie der Prostata nach Kastration, Vasektomie und nach Injektion der sklerosierenden Substanzen in den Nebenhoden, von Athanasow 297
Anatomische Untersuchungen über die Blasenatonie alter Leute, sowie über die sogenannte Hypertrophie der Prostata und einige Formen von Atrophie dieses Organs, von Ciechanowski 297
Zur Behandlung der Ischurie infolge Prostatahypertrophie, von Ercole Crespi 298
Kastration bei Prostatavergrößerung, von Robert Jones 298
Bemerkungen über den Wert der Bottinischen Operation in der Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie, von Willy Meyer 298
Die galvanokaustische Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie, von F. Kreissl 298
Die Technik der Bottinischen Operation, von Ramon Guiteras 298
Elektrolyse per rectum der hypertrophierten Prostata, von Debédat 300
Über einen Fall von suppurativer Prostatitis, von Guiteras 432
Die Behandlung der nichtchirurgischen Entzündungs- und Erschlaffungszustände der Vorsteherdrüse, von P. Scharff 433
Infektion der Urethra und Prostata, verursacht durch einen eigenartigen Mikroorganismus, von Noguès und Wassermann 439
Prostatismus, Cystotomie, Resektion der Vasa deferentia, von Audry 578

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Enorme Hypertrophie der Nieren und Erweiterung der Blase und der Harnleiter bei einem 13 Monate alten Kinde, von Henry W. Hemenway 47
Klinische Bemerkungen über die Katheterisation der Ureteren beim Manne bei elektrischem Licht, von Hurry Fenwick 47
Die multiple Cystenbildung in den Ureteren und der Harnblase, sog. Ureteritis cystica, von Marckwald 48
Stein im Ureter, von Barling 48
Niere mit einem Stein im Ureter, von J. W. Taylor 48
Ein Nierenstein durch Röntgenstrahlen entdeckt und erfolgreich entfernt, von F. Taylor und A. D. Fripp 49
Zur Harnuntersuchung, von W. C. Alpers 49
Ein neues Gährungssaccharometer, von Th. Lohnstein 49
Eine neue volumetrische Methode zur Schätzung der Harnsäure im Urin, von Tunnicliffe und Otto Rosenheim 50
Entdeckung von Tuberkelbacillen im Harn, von T. L. Webb 50
Über Cystinurie, von F. Warburg 50
Ein Fall von Hämatoporphyrinurie, von R. D. Hotchkis 50
Über die Wirkung des Lycetols bei der harnsauren Diathese, von Th. Hoven .. 51
Experimentelle Untersuchungen über die Grenzen der cystoskopischen Diagnose renaler Pyurien und Hämaturien, von Alfr. Rothschild 14
Über die quantitative Bestimmung der reduzierenden Substanzen im Harne nach dem Verfahren von Zdenek Peska, von Gregor 14
Studien über die Durchgängigkeit der Nieren mittels Injektion von Methylenblau bei den chirurgischen Affektionen der Nieren, von Albarran und Bernard 18
Prüfung der Durchgängigkeit der Nieren durch Injektion von Methylenblau bei den chirurgischen Affektionen der Nieren, ven Albarran und Bernard .. 131

Seite

Sarkom beider Nieren bei einem Säugling, von Napier 175
Der prognostische Wert der Methylenblauprobe, von Bazy 182
Trübung des Urins, die ausschliefslich durch Epithelien verursacht ist, von Nogués 182
Enuresis, von Windell 188
Nierensteine — Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie, von Woodruff... 190
Historisches über die Entdeckung von Eiweifs und Zucker im Urin, von Th. William Schaefer 190
Einige Bemerkungen über die Bakteriurie, von Ali Krogius 269
Erwiderung auf die Bemerkungen von Dr. Krogius über Bakteriurie, von Rovsing 269
Einige bei der Urinuntersuchung oft unbeachtete Punkte, von Reed 342
Mifsbildung der Niere und des Ureters, von C. H. Whiteford 343
Harnleiteranastomose, von Reyniger und Paulesco 343
Über einen im linken Ureter stecken gebliebenen Nierenstein, von M. Way..... 343
Steine im Ureter, von O. J. Freyer 343
Über das Vorkommen von Milben im Harn, von Marpmann 344
Bakterienbefunde im Harne von Diabetikern, von Marpmann 344
Ein Fall von Chylurie, von S. Phillips 344
Kanthariden als Hämostypticum bei Hämaturie, und ihr Gebrauch bei Albuminurie, von O. Beven 344
Über die Abspaltung von Zucker aus Eiweifs, von Paul Mayer 345
Die harnsaure Diathese, von F. Kölbl 345
Eine neue Methode zur Behandlung der harnsauren Diathese, von J. Weiss.... 345
Beobachtungen bei einer vor 14 Jahren Nephrektomierten, von Lipman-Wulf 423
Neue Untersuchungsmethoden zur Diagnose der Nierensteine, von Albarran .. 439
Einführung der zur Lithotripsie notwendigen Instrumente unter Leitung eines vorher eingeführten Katheters, von Duchastelet 440
Ein Fall von Lithotripsie, bei welchem die Blase ausschliefslich durch die Wirkung eines Antipyrinklystiers vollkommen empfindungslos war, von Duchastelet 440
Bemerkung über den Antagonismus zwischen Bacterium coli und den anderen Harnbakterien, von Krogius und Wallgren 440
Studie über die Cystinurie, von Moréigne 441
Ein Fall von Bakteriurie, von Lée 441
Bemerkung über einen Fall von Lithotripsie bei einem 82jährigen Greise, von Banzet 441

e. Labien, Vagina etc.

Melanosarkom der Clitoris, von B. Marshall 51
Ein Fall von Pubertas praecox, von Klein 51
Bakteriologische und histologische Untersuchungen über die Bartholinitis, von P. Colombini 70
Zur Kenntnis der elephantiastischen und ulcerativen Veränderungen des äufseren Genitales und Rectums bei Prostituierten, von Victor Bandler 124
Elephantiasis vulvae, von L. Roberts 345
Ein Fall von Elephantiasis der Vulva, von W. Renner 345
Über den Bakteriengehalt der normalen Urethra des Weibes, von F. Schenk und L. Austerlitz 346
Prolaps der Urethra beim Weibe, von J. Mossop 345

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Über Exantheme bei Blennorrhoe, von A. Buschke 68
Zur Austilgung der Blennorrhoe, von Blokusewski 99
Blennorrhoe im Kindesalter, von Cnopf 94
Beitrag zum Studium der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von Vigevani und Casarini 94
Zur Prophylaxis der eitrigen Conjunctivitis der Neugeborenen, von Péchin ... 94
Iritis und Neuritis optici blennorrhoica, von Fromaget 95
Zwei Fälle von blennorrhoischer Allgemeininfektion (blennorrhoische Arthritis und blennorrhoische Iritis), von Ernst Lichtenstern 95
Über die Färbung des Trippersekretes mit Anilinfarbengemischen, von A. Lanz 95

Seite

Der Gonococcus, von William C. Mitchell 96
Symptome und Diagnose der Blennorrhoe beim Weibe, von Grant Baldwin .. 96
Die Pathologie und Behandlung der akuten Blennorrhoe beim Manne, von Robert W. Taylor 97
Einige Bemerkungen über die Behandlung der akuten Blennorrhoe, von Crick. 99
Einiges über Larginbehandlung bei Blennorrhoe, Prostata- und Blasenerkrankungen, von Schuftan und Aufrecht 99
Die Wirkung der Hyperprexie auf die Blennorrhoe, von Aboutkoff..... 99
Protargol in der Ophthalmotherapie, von Jänner 100
Zur Blennorrhoebehandlung mit Protargol, von Meyer..... 100
Erfahrungen über das Protargol, von Wicherkiewicz 100
Zur Kenntnis der blennorrhoischen Gelenks- und Nervenerkrankungen, von Rudolf Bloch..... 125
Über Exantheme bei Blennorrhoe, von A. Buschke 126
Prostata und Blennorrhoe, von Goldberg 127
Komplikationen des Trippers — Epididymitis, von Simes 187
Die endoskopische Behandlung der chronischen Urethritis, von Champion..... 188
Beiträge zur Biologie des Gonococcus, von W. Scholtz..... 219
Zwei Fälle isolierter blennorrhoischer Erkrankung paraurethraler Gänge, von Max Reichmann..... 221
Die Urethritis blennorrhoica der kleinen Knaben, von Georges Bogdan und Victor Imerwol..... 223
Harnröhrenentzündung — Tripper, von Moehlau 225
Einige Bemerkungen über Tripperbehandlung, von Wynkoop..... 226
Argentaninbehandlung der Leukorrhoe, von Cipriani..... 269
Die Behandlung der Urethritis mit dem Protargol nach der Methode von Neisser, von T. Pizzini..... 271
Nachtrag zum Artikel „Zur Austilgung der Blennorrhoe", von Blokusewski.... 346
Über die Wichtigkeit der Blennorrhoe für das Individuum und die Rasse, von Tommasoli..... 346
Diagnose der Blennorrhoe, von Thomas..... 346
Die Diagnose des Trippers beim Weibe, von Thomas..... 346
Über die Lagerung der Gonokokken im Trippersekret, von A. Lanz..... 347
Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über einen merkwürdigen Fall von allgemeiner blennorrhoischer Infektion, von Colombini 347
Vaginitis blennorrhoica und ihre Behandlung, von Harry Greenberg..... 348
Lymphangitis blennorrhoica dorsalis penis, von Jadassohn..... 348
Über Blennorrhoea recti, von A. Huber 348
Über Protargol bei Ophthalmo-Blennorrhoe, von Wolffberg 349
Blennorrhoische Gelenkerkrankungen bei Säuglingen im Anschluſs an purulente Ophthalmie, von Clement Lucas..... 349
Arthritis blennorrhoica, von Bradley Gaither 349
Ein Fall von Neuralgia spermatica. Resektion des Nervus lumboinguinalis und Nervus spermaticus externus, von Julius Donath und Fidelis Hültl.... 350
Blennorrhoische Neuritis, von Allard..... 350
Die spinalen Manifestationen des Trippers, von Kalindéro 350
Tripperrheumatismus myelopathischer Genese (Jacquet), von Milian 351
Zur Prophylaxe des Trippers von E. R. W. Frank..... 351
Zur ätiologischen Behandlung der Blennorrhoe, von Ludwig Weiss..... 351
Zur Behandlung der Blennorrhoe beim Manne mit Metallsalzen. (Zn. Hg. Bi. Ag.), von Carl Grünbaum 352
Praktische Notizen zur Behandlung der Urethritis posterior, von Ravogli..... 352
Erfahrungen über Protargol in der Blennorrhoetherapie, von Berg..... 352
Die Diagnose und Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe, von Adolf Calmann 381
Die Prostitution in den Städten Ruſslands, von C. L. v. Stürmer..... 389
Zur Protargolbehandlung der Urethritis blennorrhagica, von F. Brandl..... 399
Zur Protargoltherapie, von A. Lesshaft..... 399
Das Protargol bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe, von Colombini ... 399
Protargol und Argonin in der Behandlung der eiterigen Augenentzündung der Neugeborenen, von Peck..... 399
Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe, von Thomas..... 399
Ein durch Gonokokken verursachter Fall von Phlegmone, von Johann Almkvist..... 488

Seite
Über eosinophile Zellen im blennorrhoischen Eiter, von Bettmann 491
Akute Blennorrhoe; ihre Verhütung und Heilung, von Th. G. Youmans 538
Zur Pathogenese der blennorrhoischen Epididymitis, von Paul Witte 569
Spermatorrhoe als Komplikation einer blennorrhoischen Urethritis, von A. v. Wahl 575
Fälle von ungewöhnlicher Lage der Gonokokken, von G. K. Swinburne 576

Verschiedenes.

Zur Sterilisation der von den Barbieren und Friseuren gebrauchten Instrumente, von Sabrazès 18
Die Kranken in der dermosyphilopathischen Klinik von Modena während der Jahre 1896—98, von C. Casarini 21
Zum dermatologischen Unterricht, von Tommasoli 21
Méralgie paresthétique, von Lop 52
Anklage wegen fahrlässiger Körperverletzung nach Anwendung der Röntgenstrahlen (Röntgendermatitis), von Gocht 52
Mitteilung über die Herstellung einer galvanokaustischen Glühnadel aus Platin-Iridium, von Bloebaum 52
Der elektrische Mikroheifsluftkauter, von E. Hollaender 71
Haarfärbemittel, von H. Labbé 100
Über Atresia ani congenita etc. 152
Kasuistische Mitteilungen aus der dermato-veneorologischen Praxis 152
Moulagen, von Pospelow 174
Akanthosis nigricans. — Naevus verrucosus linearis, von Buri 200
Die Litteratur der venerischen Krankheiten, von Proksch 200
Dermatologische Instrumente, von Mac Donald 225
Die Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten, von Chotzen 300
Ein Rencontre mit dem Naturheiligen Canitz, von Echtermeyer 300
Berichtigung 300
Kasuistische Mitteilungen aus der k. k. Krankenanstalt „Rudolfsstiftung", von Josef Mader 400
Heilung eines grofsen Defekts des rechten Oberarms durch Hautüberpflanzung, von Stubenrauch 400
Plica polonica, von Düring 400
Die Stellung der Ärzte zur Verhinderung der Konzeption, von Böing 400
Über den dermato-venerologischen Unterricht in Italien, von Tommasoli 441
Zur Arbeit des Herrn Dr. Audry, von Audry 552
Meyers Schreibtisch-Wochenkalender für Ärzte auf das Jahr 1900 552
In wieweit können wir unsere Hände sterilisieren? von G. Gottstein und M. Blumberg 552

IV. Notizen.

(Vacat.)

V. Sachverzeichnis 601
VI. Namenverzeichnis 620

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.

Ein Fall von Naevus verrucosus linearis, von Th. Buri. (Tafel I u. II.)..... 1
Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum der Haut, von P. Pawlof. (Tafel III.) 53
Über eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen, von Ch. Audry. (Tafel IV.) 101
Zur Histologie des Xanthoma glycosuricum, von F. Krzysztalowicz. (Tafel V und VI.)..... 201
Über einen Fall von Tuberculum anatomicum, von Guizzetti. (Tafel VII.)... 253
Über den psoriatischen Prozefs, von P. Bosellini. (Tafel VIII.)..... 301
Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes, von Ernst Delbanco. (Tafel IX.)..... 353
Über die Morphologie der Trichophytonpilze, von M. Pelagatti. (Tafel X—XII.) 453

Fig. 1

Fig. 2.

Fig. 7.

Fig. 5.

Fig. 6.

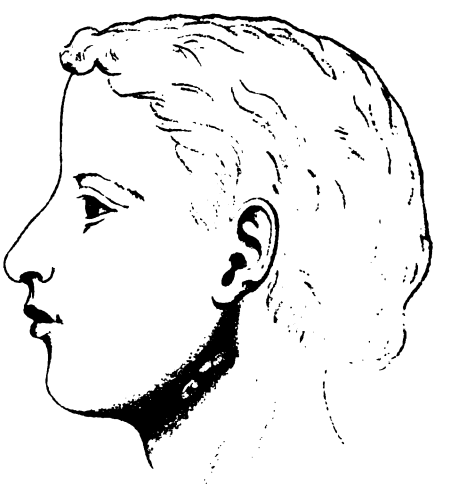


Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 8.

Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 1. 1. Juli 1899.

Ein Fall von Naevus verrucosis linearis.

Von

Dr. Th. Buri,
Privatdocent in Basel.

(Mit Tafel I u. II.)

Anamnese: Sechzehnjähriger Gymnasiast, stammt aus schwer tuberkulöser Familie. Seine beiden Eltern starben an Tuberkulose. — Er selbst wird zur Zeit an einem tuberkulösen Ohrenleiden spezialistisch behandelt, seine sämtlichen Geschwister sind tuberkulös oder der Tuberkulose verdächtig. Dagegen kamen in der Familie keine ähnlichen Hautanomalien, wie sie der Patient aufweist, zur Beobachtung.

Der Naevus zeigte sich nach den Angaben der Stiefmutter zuerst im zweiten Lebensjahre des Kindes.

Status praesens (siehe Fig. 3 unserer Tafel): Gegenwärtig finden sich auf einer thalergrofsen Fläche der rechten Wange zerstreut zahlreiche rötliche, ganz feine hornige Auswüchse, zum Teil vereinzelt stehend, zum Teil in Gruppen. Von dieser Fläche aus zieht ein Ausläufer (No. I) solcher Auswüchse gegen den rechten Mundwinkel, überschreitet jedoch die Hautschleimhautgrenze nicht.

Ein zweiter ähnlicher Ausläufer (No. II) zieht strichförmig gegen den äufseren rechten Augenwinkel, setzt sich auf dem oberen Augenlide in Form einiger weniger feiner Wärzchen gegen den inneren Augenwinkel zu fort, parallel dem Lidrand verlaufend, und zieht dann über die Stirn weg fast bis zur Haargrenze hin.

Ein dritter Ausläufer (No. III) solcher feiner Excrescenzen ist am Hals im Winkel zwischen Unterkiefer und Musculus sternocleidomastoideus zu sehen.

Endlich können wir noch einen vierten Ausläufer (No. IV) erkennen, der als feine Linie kaum sichtbarer Rauhigkeiten gegen das rechte Ohrläppchen zieht, dessen vordere und hintere Fläche mit zahlreichen gröfseren Papillomen besetzt ist.

Auf der Haut der Wange, dicht unter dem rechten unteren Lid, zeigt sich eine weifse, flache, dreieckige Narbe, über deren Entstehung weder der junge Mann noch seine Stiefmutter etwas wissen. Es ist mir nicht unwahrscheinlich, dafs das Kind diese Narbe mit auf die Welt gebracht hat.

Einige kleinere linsengrofse braune Pigmentflecke und einige kleinere Narben unbekannten Ursprungs auf der Haut der rechten Wange vervollständigen das Bild.

Der Naevus soll nach den Angaben der Mutter im grofsen und ganzen stets dasselbe Aussehen darbieten; nur in den nicht seltenen Zeiten von Krankheit sei er weniger deutlich hervorgetreten, ja einmal sei er während einer Pneumonie, die der Knabe durchzumachen hatte, ganz verschwunden gewesen. Niemals konnte ein Nässen des Naevus beobachtet werden.

Dieser Fall von Naevus verrucosus linearis schien mir darum nicht ohne Interesse zu sein, weil ich ihn für geeignet hielt, die Theorie PHILIPPSONS zu unterstützen, nach welcher gewisse Naevi lineares dem Laufe der VOIGTschen Grenzlinien folgen sollen.

Vergleichen wir unseren Fall mit den VOIGTschen Tafeln (siehe Fig. 1, *i—k* unserer Tafel), so fällt wohl sofort in die Augen, dafs der zweite Ausläufer, der gegen den äufseren Augenwinkel über das obere Lid und die Stirn weg gegen den behaarten Kopf zieht, in hohem Grade der rechten seitlichen Grenzlinie des Gesichts entspricht, die im grofsen und ganzen denselben Verlauf zeigt. (VOIGT, *Denkschriften der Kais. Akademie.* 1864. Bd. XXII. Taf. II, Fig. 4, *i—k.*)

Der erste Ausläufer, der gegen den Mundwinkel hinzieht, entspräche der Grenzlinie, die das Verästelungsgebiet des Nervus buccinatorius von demjenigen des Nervus mentalis und des zweiten Astes des Nervus trigeminus scheidet. (VOIGT, Fig. 4, Linie zwischen *c* und *d*. Siehe Fig. 1, Linie zwischen *c* und *d* unserer Tafel.)

Vielleicht liefse sich aus den Excrescenzen noch eine weitere Linie erkennen, welche das Verästelungsgebiet des Nervus buccinatorius von dem des zweiten Trigeminusastes trennt. (VOIGT, Fig. 4, zwischen *i* und *c*. Siehe Fig. 1, *i—c* unserer Tafel.)

Die Hauptmasse der Excrescenzen aber würde in ihrer Topographie mit der Topographie jenes Dreiecks übereinstimmen, das gebildet wird durch die zwei zuletzt erwähnten Grenzlinien und die rechte seitliche Grenzlinie des Gesichts.

In der feinen Linie von Rauhigkeiten, die zum Ohr zieht und das Ohrläppchen vorne wie hinten bedeckt, erkennen wir die rechte untere Grenzlinie des seitlichen Verästelungsgebietes von Kopf und Gesicht (VOIGT, Taf. II, Fig. 4, 12—1) wieder, die von der rechten seitlichen Grenzlinie des Gesichts sich abzweigend zum Ohr zieht und in den äufseren Gehörgang bis zum Trommelfell eindringt. (Siehe Fig. 1, 12—1 unserer Tafel.)

Nur für die feine Excrescenzenlinie am Hals im Winkel zwischen Unterkiefer und Sternocleidomastoideus fehlt uns ein Analogon in den VOIGTschen Linien.

Wir glauben uns somit zum Schlusse berechtigt, dafs bei unserem Naevusfall die drei erstgenannten Ausläufer in ihrer Richtung mit den oben erwähnten Grenzlinien zusammenfallen und dafs die Hauptmasse der Excrescenzen jenem geschilderten Dreieck von Grenzlinien entspricht.

Werfen wir nun noch einen Blick auf die Tafeln 24, 25, 27, 29 und 45 des AHLFELDschen Atlasses der Mifsbildungen des Menschen, so mufs uns wiederum auffallen, wie die Topographie gewisser

Mifsbildungen mit der Topographie der Linien unseres Falles übereinstimmt.

Wir sehen die horizontale Wangenspalte vom Mundwinkel zum Ohr hinziehen, genau wie es die Ausläufer II und IV thun, sodafs der Mund bis zu den Ohren aufgeschlitzt erscheint (vide den *Atlas*, Taf. XVIII, Fig. 5, 6, 7, 8, 9 und besonders auch 10. Siehe Fig. 2 unserer Tafel).

Wir sehen (Fig. 8 unserer Tafel) die schräge Gesichtsspalte vom Mundwinkel gegen das Auge und über dasselbe weg, über die Stirn gegen den behaarten Kopf hin ziehen wie unseren Ausläufer II. In Taf. XXV, Fig. 10 des Atlasses (Fig. 7 unserer Tafel) sehen wir diese Spalte zum Teil vernarbt, zum Teil, das untere Lid trennend, noch erhalten, und es läfst sich wohl die Frage aufwerfen, ob nicht jene Narbe unter dem rechten unteren Augenlid, über deren Herkunft niemand etwas anzugeben weifs, vielleicht als vernarbte minimale schräge Gesichtsspalte zu deuten sei.

Wir sehen Aurikularanhänge vor dem äufseren Ohr in einer Linie gegen den Mundwinkel gereiht, die mit unseren Ausläufern I und IV zusammenfällt (*Atlas*, Taf. XXIX, 13. Fig. 4 unserer Tafel), und schliefslich sitzt Ausläufer III genau an der Stelle, wo wir sonst Halskiemenfisteln oder Cysten zu treffen pflegen. (Taf. XXIX, Fig. 7, 8, 10. Fig. 5 und 6 unserer Tafel.)

Anmerkung.

Fig. 1 unserer Tafel ist eine Reproduktion von Voigts Tafel II. *Denkschriften d. Kais. Akad. d. Wiss.* Wien, 1864. Bd. XXII.

Alle übrigen Figuren unserer Tafel, ausgenommen Fig. 3, die unsern Fall von Naevus linearis darstellt, stammen aus dem Ahlfeldschen *Atlas der Mifsbildungen des Menschen.*

Über chronische Primeldermatitis.

Von

Dr. E. Heuss in Zürich.

Fälle von Hautentzündungen infolge Berührens der Primula obconica sind in den letzen drei Jahren mehrfach beobachtet und zur allgemeinen Kenntnis gebracht worden. Dabei handelte es sich fast durchwegs um akute Erkrankungen, d. h. solche, bei denen eine zufällige einmalige Berührung der Primel eine akute Dermatitis hervorgerufen, die nach

Eliminierung der mehr oder weniger offen zu Tage liegenden Krankheitsursache meist innerhalb weniger Tage abheilte. Dagegen scheint es weniger bekannt zu sein, daſs die Primeldermatitis auch unter dem Bilde eines chronischen, immer und immer wieder recidivierenden Ekzems sich bergen kann, das, aller antiekzematösen Behandlung spottend, erst nach Entfernung des schädlichen Agens unter symptomatischer Behandlung definitiv abheilt.

Da bei der groſsen Beliebtheit der Primula obconica unter den Blumenfreunden einerseits derartige Entzündungen nicht gar so selten vorkommen, anderseits aber zumeist — gleichwie mein erster Fall — wegen der Ähnlichkeit des klinischen Bildes mit dem des Ekzems unrichtig gedeutet und zum Nachteil des Patienten falsch behandelt werden dürften, so mag es wohl gerechtfertigt erscheinen, wenn ich im folgenden meine Beobachtungen von drei derartigen chronischen Fällen, die mir neben einigen akuten in letzter Zeit in meiner Praxis vorkamen, wiedergebe und eine kurze Besprechung der Primelkrankheit überhaupt anschlieſse.

Der erste Fall betraf eine 22jährige Frau B. von Zürich V., die am 25. März 1898 wegen einer seit zwei Monaten bestehenden und aller Behandlung trotzenden, immer und immer wiederkehrenden Hautaffektion von Händen und Gesicht in meine Behandlung trat.

Status: Die Hände, insbesondere Finger- und Handrücken sowie die Interdigitalfalten sind — beiderseits in gleichem Maſse — polsterartig ödematös geschwellt, gerötet, von stecknadelkopfgroſsen, spitzen Bläschen mit klarem, selten milchig getrübtem Inhalt dicht besetzt. Die Palmae sind schwächer befallen, die Bläschen vereinzelt und tief eingesprengt. Gegen die Vorderarme hin nimmt der Ausschlag rasch ab. Das Gesicht ödematös, rot, schwach schuppend. Die Augenlider sind etwas geschwellt, doch weniger als bei akutem Gesichtsekzem. Vereinzelte Bläschengruppen an rechter Wange und Stirn, sowie der rechten Halsseite. Heftiges Jucken.

Der Ausschlag soll mit kurzen Intermissionen mehr oder weniger stark schon seit ca. 2 Monaten bestehen und die letzte Eruption vor 4 Tagen ohne nachweisbare Veranlassung zuerst an den Händen, wenige Stunden darauf auch im Gesicht aufgetreten sein. Salben- und Puderbehandlung brachte nur vorübergehende Linderung.

Auſser einer leichten Chlorose (80% Hämoglobin nach Gowers-Sahli) läſst sich am übrigen Körper nichts Abnormes nachweisen. Die Haut ist sonst intakt, keine Pityriasis capillitii. Menses und Stuhl regelmäſsig; Urin zucker- und eiweiſsfrei. Eine Ursache für ihren Ausschlag weiſs Patientin nicht anzugeben, litt auch früher nie an Ekzem.

Diagnose: Recidivierendes Ekzem der Hände und des Gesichtes ex causa ignota.

Therapie: Lokal Borsäurepuder; intern Fe und Milch. Rückgang der akut entzündlichen Erscheinungen nach fünf Tagen.

Bevor nun mit der eigentlichen antiekzematösen Behandlung begonnen werden konnte, erschien Patientin am sechsten Tage in meiner Sprechstunde mit einem neuen Schub. Schwellung, Rötung, Bläschenbildung an Händen, Gesicht und den nächst angrenzenden Partien. Kein Diätfehler etc. nachweisbar.

Ordination: Stärkekleisterkompressen, vom vierten Tage an Pastenbehandlung (Zinkamylumpaste mit allmählichem Zusatz von Phenol, Resorcin, S.). Rasche Besserung. Am 18. Tage nur noch leichte Schuppung, Haut etwas verdickt, trocken.

Da, am 19. Tage, werde ich in die Wohnung der Patientin gerufen. Die alte Geschichte: akutes, vesikulo-squamöses Ekzem an Händen und Gesicht. Wieder keine Ursache zu entdecken. Und doch! zufällig erblicke ich in einem Blumentopf auf der Fensterrampe eine Primula obconica, hellviolett und schon fast verblüht. Auf Befragen erzählte dann die Patientin auch, sie habe gestern vor Anlegen des Verbandes nach Waschen der Hände seit Wochen zum erstenmale den Primelstock wieder geputzt, verdorrte Blätter abgeschnitten etc.; die Pflanze besitze sie seit ca. 3 Monaten. Genauere Nachforschungen ergaben denn zur Evidenz, daſs das erste Auftreten der Hautentzündung mit dem Empfang dieses Danaergeschenkes zusammentraf, daſs ferner Patientin, sobald sie sich von ihrer Dermatitis nur einigermaſsen erholt und die Hände vom Verband befreit hatte, sich wieder mit ihren Blumen beschäftigte, um wenige Stunden darauf von neuem am Ausschlag zu erkranken. — Die Pflanze wurde entfernt, und der Ausschlag heilte innerhalb vier Wochen definitiv ab. Patientin ist bis heute (über ein Jahr) vollständig recidivfrei geblieben.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine ca. 45jährige Dame aus W., die mich wegen eines seit mehreren Monaten bestehenden, seit drei Wochen wieder besonders intensiv gewordenen juckenden Ausschlages beider Hände konsultierte.

Die Haut der Beugeseiten, besonders der rechten, weniger der linken Handwurzel, dann der Daumen- und Kleinfingerballen, der Interdigitalfalten und speziell der Fingerenden ist leicht verdickt, trocken, fein schuppend, schwach gerötet, rissig, z. T. mit einigen flachen, fast eingetrockneten Bläschen bedeckt, kurz sie bietet ganz das Bild eines chronischen, trockenen, rhagadiformen Ekzems. Gesicht intakt, ebenso die übrigen Körperpartien; leichte Pityriasis capitis. Im übrigen ist Patientin vollständig gesund und stammt aus gesunder Familie. Immerhin will ich nicht unterlassen zu bemerken, daſs ich schon mehrere ihrer Familienangehörigen an Eccema seborrhoicum, Pityriasis capitis, Acne faciei etc. behandelt habe.

Die Entzündung soll vor drei Wochen unter leichtem Jucken, Brennen, Rötung und Schwellung entstanden, stets auf die Hände beschränkt geblieben und seit ihrem Auftreten nur wenig zurückgegangen sein. Schon vor einigen Monaten habe sie mehrmals an einem gleichen Ausschlag der Hände gelitten, die trotz Behandlung nie mehr ganz normal geworden seien.

Das Krankheitsbild selbst gab keinen Anhaltspunkt für die Ätiologie; nach dem Stande der Patientin war eine Berufsdermatose von vornherein ausgeschlossen, ebenso Reizung der Haut, etwa durch Chemikalien, wie sie beim Photographieren gebraucht werden und bei der weiten Verbreitung der Amateurphotographie schon mehrfach zu Hautentzündungen geführt haben. Dagegen eröffnete die Dame selbst die Möglichkeit, es könnte sich um einen Primelausschlag handeln, da sie beobachtete, daſs der Ausschlag sich jedesmal nach Berührung der von ihrem Gärtner seit einigen Monaten gezogenen Primel einstellte. Ich konnte mich mit dieser von der Patientin selbst gestellten Diagnose nicht rückhaltlos einverstanden erklären. Verlauf und klinisches Bild sprachen entschieden für ein Ekzem, und zwar ein trockenes Ekzem der Hände, vielleicht auf seborrhoischer Grundlage, aber gegen eine Primeldermatitis, die unter stark entzündlichen Begleiterscheinungen plötzlich auftritt, um nach Wegfall der Ursache fast ebenso rasch in wenigen Tagen zu schwinden. Auſserdem hatte ich in letzter Zeit mehrfach Fälle von „Primulaphobie“ zu beobachten Gelegenheit, Fälle von sog. „Primelkrätze“ bei einigen Gärtnern, die einer genaueren Prüfung, z. T. durch Kontrollversuche unterstützt, nicht standhielten und als andere zufällige Dermatosen (Ekzem, Sudamina, Cheiropompholyx) sich entpuppten.

Auf meine geäuſserten Zweifel versprach mir Patientin, bei nächster Gelegenheit von neuem der Wirkung der Primula obconica sich auszusetzen.

Drei Wochen später — das Ekzem war bereits seit zehn Tagen zurückgegangen, wenn auch nicht geheilt — erschien Patientin wieder in meiner Sprechstunde. Die Haut beider Handrücken, besonders der Daumen — rechts mehr als links — diffus gerötet, ödematös geschwellt, von stecknadelkopfgroſsen, spitzen, leicht platzenden Bläschen mit klarem, gelblichem Inhalt dicht besetzt, heftig juckend. Arme, Gesicht etc. frei. Allgemeinbefinden ungestört. Patientin erzählt: Gestern Mittag habe sie eigenhändig im Gewächshaus Primula obconica gepflückt, wobei speziell beide Handrücken mit der Unterseite der behaarten Blätter in Berührung gekommen seien. Fast genau zwei Stunden darauf Jucken, Rötung, Schwellung, dann Bläschenbildung.

An der Diagnose Dermatitis ex Primula obconica konnte nach diesem einem Experiment gleichkommenden Versuche nicht mehr gezweifelt werden. Trotzdem Patientin die gefährliche Pflanze sofort aus dem Gewächshaus entfernen lieſs und auch weiterhin jede Gelegenheit zum Kontakt mit dieser Primel ängstlich mied, bedurfte doch die Erkrankung noch Wochen zur definitiven Abheilung.

Ein dritter Fall ging mir erst vor wenigen Wochen zu.

Frau H. von W., 43 Jahre alt, litt den ganzen letzten Winter mit wochenlangen Intermissionen an Ausschlag beider Hände mit heftigem Jucken. Vor 14 Tagen wurde auch der Hals und vor acht Tagen das rechte Auge befallen. Patientin war schon von verschiedenen Ärzten, doch nur mit vorübergehendem Erfolge, behandelt worden.

Status: Beide Hände, links mehr als rechts, sind besonders in den Interdigitalfalten, Palmae, spez. Daumen und Kleinfingerballen, mit stecknadelkopfgroſsen Bläschen bedeckt, die Haut leicht ödematös, rot, an einzelnen Fingergelenken rhagadiform. Die Lider des linken Auges sind mäſsig geschwellt und gerötet, schuppend. Rhagaden des äuſseren linken Augenwinkels. An der linken Halsseite einige in Gruppen stehende, spitze, stecknadelkopfgroſse Papeln auf rotem Grunde. Die übrige Haut vollständig intakt.

Patientin war früher nie hautkrank; der Vater soll an trockenen Flechten gelitten haben.

Also nach allem wieder ein Ekzem! Und doch — die bei Ekzem etwas ungewöhnliche asymmetrische Verteilung auf linkes Auge und linke Halsseite bei vollständig intakter rechter Seite machten mich stutzig. Am übrigen Körper, speziell an den Gelenkbeugen, waren nicht die geringsten ekzematösen Erscheinungen zu konstatieren. Eingedenk früher gemachter Erfahrungen forschte ich weiter und wirklich — Patientin pflegte seit Herbst unter ihren Blumen eine hellviolett blühende Primel! Schon folgenden Tags sandte mir Patientin unter Beigabe des Corpus delicti die schriftliche Bestätigung des Gärtners: Primula obconica! Der Ausschlag befindet sich gegenwärtig auf dem Wege der Heilung, doch neigt die Haut trotz erweichender Salbenbehandlung immer noch zu Rhagadenbildung.[1]

---

[1] Anmerkung bei der Korrektur: Ein weiterer Fall von chronischer Primeldermatitis wurde mir eben dieser Tage durch Herrn Kollegen Denzler zugeschickt: 65jährige, im übrigen vollständig gesunde, aus hautgesunder Familie stammende Frau. Früher nie hautkrank, leidet sie seit zwei Monaten an einem flechtenartigen, mit heftigem, besonders abends exacerbierendem Jucken einhergehenden Ausschlag, gegen den S, As etc. erfolglos gereicht wurden. Ergriffen sind beide Handrücken, Handwurzelbeugen und angrenzende Vorderarmpartien, sowie der Hals in toto, am meisten rechts. — Haut an den betreffenden Partien leicht infiltriert, rot, schwach schuppend, auffallend trocken, gewifs an und für sich wenig charakteristische Erscheinungen, die aber doch in Verbindung mit der Lokalisation, dem abendlichen Jucken, dem Fehlen anderer ekzematöser Symptome, dem Mifserfolg der antiekzematösen Behandlung die Möglichkeit des Bestehens einer chronischen Primel-

Diesen drei Fällen sind folgende Momente gemeinschaftlich:

Eine chronisch intermittierende, unter dem Symptomenbild eines Ekzems verlaufende Entzündung war auf die Hände, in zwei Fällen auch auf Hals und Gesicht lokalisiert. In allen Fällen war mit Sicherheit festzustellen, dafs ein Kontakt mit Primula obconica die Entzündung hervorgerufen und unterhalten hatte, und dafs jede Berührung kurz darauf eine Exacerbation der entzündlichen Erscheinungen zur Folge hatte, welch letztere nach Entfernung der Primel wieder zurückgingen, um erst bei dauerndem Fernhalten derselben auch dauernd zu schwinden. Die Betroffenen waren dermatologisch gesunde, speziell nicht ekzemkranke Individuen weiblichen Geschlechts und ergab die Anamnese — abgesehen von der Pityriasis capitis im Falle II und den trockenen Schuppenflechten des Vaters im Falle III — keinerlei disponierende Momente. Magen und Genitalien waren stets gesund.

Es darf daher auch nicht an eine zufällige Kombination von zwei Krankheiten gedacht werden, z. B. eine primäre Primeldermatitis und ein sekundäres Ekzem, das etwa auf dem durch erstere vorbereiteten Boden sich festsetzend zur Entwickelung gelangt sei, wenn auch diese Möglichkeit für andere Fälle (worauf WERMANN schon aufmerksam gemacht hat) nicht a priori von der Hand zu weisen ist.

Die Betrachtung dieser in ätiologischer Beziehung völlig eindeutigen Fälle ergiebt somit die praktisch wichtige Thatsache, dafs häufigere Berührung der Primula obconica zuweilen das Entstehen chronischer Hautentzündung verursachen kann, einer Entzündung, die wegen ihres exquisit ekzematiformen Charakters leicht mifskannt und zu diagnostischen und therapeutischen Irrtümern führen kann.

Zwar liefs sich weder in der Hautbeschaffenheit noch in der sonstigen Körperkonstitution ein besonders disponierendes Moment auffinden. Aber die Annahme eines solchen ist doch unabweislich; denn es wäre sonst kaum verständlich, dafs bei der grofsen Verbreitung dieser als Zimmerpflanze so beliebten Primel derartige Beobachtungen nicht weit häufiger gemacht werden.

Ungleich häufiger als chronische Entzündungen scheinen — den verschiedenen Publikationen nach zu schliefsen — akute Primeldermatitiden zu sein. Als typisches Beispiel für eine solche akute Entzündung gebe ich einen vor wenigen Monaten beobachteten Fall hier kurz wieder.

32jährige Gärtnersfrau von K., von ihrem Manne selbst mit der Diagnose: Ausschlag durch Primula obconica hergeschickt. Sie hatte ihrem Manne tags vorher

---

dermatitis nahe legten. Tags darauf brachte mir denn auch die Dame die Bestätigung der Diagnose in Form eines Primula obconica-Stockes, den sie seit Monaten gepflegt hatte.

Primeln versetzen helfen; wenige Stunden darauf Jucken, Schwellung beider Hände und Vorderarme (bei der Arbeit trug sie die Ärmel bis zu den Ellenbogen zurückgestreift), sowie des Gesichtes. Über Nacht applizierte Bleiwasserkompressen führten einige Linderung herbei.

Status: Beide Hände, besonders Handrücken und Vorderarme bis zum Ellenbogen diffus geschwellt, gerötet, mit stecknadelkopf- bis linsengroſsen, wasserklaren, spitzen Bläschen besetzt. Gesicht rot, ödematös, speziell um Augenlider, Mund und Nase. Einzelne blasenförmige Abhebungen. Auch das rechte Ohr prall gespannt, rot; die übrige Haut vollständig intakt, keine Pityriasis etc. Kopf etwas eingenommen, sonst Allgemeinbefinden gut.

Unter reichlicher Bepuderung und Applikation von Kühlsalben trat innerhalb vier Tagen definitive Abheilung ein.

Obwohl von einem Kontrollversuche aus begreiflichen Gründen abgesehen werden muſste, konnte in Hinsicht auf das prompte Einsetzen des Ausschlages unmittelbar nach dem Versetzen der Primeln (Patientin hatte vorher nie damit zu thun gehabt), die charakteristische Lokalisation auf die unbedeckt getragenen Körperpartien, den raschen und dauernden Rückgang nach Fernhalten der Primula obconica und unter indifferenter Behandlung, das Fehlen sonstiger kausaler Momente eine andere Diagnose nicht in Frage kommen. Ein allfällig disponierendes Moment (Ekzem, Irritabilität der Haut, Genital- oder Magenerkrankung) fand sich auch hier nicht. Ihr Mann blieb trotz intensiver Beschäftigung mit der Primula obconica vom Ausschlag vollständig verschont.

Wie die Beobachtung noch zweier weiterer Fälle, sowie die Durchsicht der einschlägigen Litteratur ergab, zeigt die akute Primeldermatitis ein ziemlich einheitliches klinisches Äuſsere und variiert eigentlich nur in ihrer Intensität. Die akut einsetzenden, entzündlichen Symptome werden beschrieben als: lebhaft- bis dunkelrote Verfärbung, umschriebenes Ödem infolge von Urticariaquaddeln (3, 6)[1] oder polsterähnliches (9) bis diffuses (3), oder sogar erysipelähnliches (7) Ödem, Papeln (7, 10), Bläschen (3, 7, 10) mit hellem, milchigen Inhalt (10) bis Blasen (2, 3), an Scabies der Hände (6) und akutes Ekzem (7) erinnernd. Bezüglich der Lokalisation zeigt sich die Primeldermatitis stets zuerst an den unbedeckt getragenen, mit der Pflanze in direkte Berührung gekommenen Körperpartien, also auf Händen (wo Rücken und Interdigitalfalten bevorzugt sind) und Gesicht, seltener an den Händen allein, um während des ganzen Krankheitsverlaufes gewöhnlich auch dort lokalisiert zu bleiben. Seltener werden auch angrenzende Partien, Vorderarme (2, 9), Hals (5), ergriffen. Nicht immer tritt der Ausschlag symmetrisch auf. Häufig ist die eine oder andere Seite stärker befallen, oder es sind neben den Händen nur die eine Wange, das eine Augenlid (2) in Mitleidenschaft gezogen. Die ersten Erscheinungen, Jucken, Brennen, treten nicht unmittelbar nach der Berührung, wie z. B. bei der Brennessel, sondern zumeist einige Stunden später auf, um sich besonders gegen Abend zu steigern. Ausnahmsweise

[1] Siehe Litteratur.

stellen sich diese ersten Symptome erst einige Tage später (10) ein. Die subjektiven Beschwerden sind oft sehr intensiv und stehen in keinem Verhältnis zu der an und für sich unbedeutenden Affektion: heftiges Jucken (alle Beobachter) und Brennen (6), das sich bis zu Schmerz (3) und zur Unerträglichkeit (10) steigern kann, allgemeines Unbehagen, Frösteln, Kopfweh (5), Augenthränen, Appetitlosigkeit oder Abgeschlagensein (10), Unruhe, Schlaflosigkeit und hochgradige Nervosität (9) bringen das Allgemeinbefinden rasch herunter. Fieber wurde nie beobachtet. Während die akute Dermatitis innerhalb Tagen oder Wochen spurlos zurückgeht, kann, falls die Ursache nicht erkannt wird, das Leiden, wie wir gesehen, monate- und jahrelang (3) mit mehreren, sich folgenden Recidiven weiter bestehen, das Allgemeinbefinden immer ungünstiger beeinflussen und zu hochgradiger Nervosität etc. (3, 9) Veranlassung geben.

Die chronische Primeldermatitis, die als Folgeerscheinung häufiger wiederholter, akuter Entzündungen aufzufassen ist, zeigt das typische Bild eines chronischen trockenen, seborrhoischen Ekzems: Leichte Verdickung der Haut, mäfsige Schuppenbildung, Rhagaden, heftiges Jucken, vereinzelte Bläschen- und Papelbildung bei geringen entzündlichen Veränderungen. Auch hier ist die Affektion fast ausschliefslich auf Hände und Gesicht, etwa noch die angrenzenden, unbedeckt getragenen Körperpartien beschränkt, Handrücken, Interdigitalfalten, Daumen und Kleinfingerballen bevorzugend, nicht selten asymmetrisch, während beim echten Eccema (seborrhoicum) gewöhnlich auch noch anderweitige Körpergegenden (Gelenkbeugen, Capillitium etc.) ergriffen und häufig beiderseitig symmetrische Veränderungen zu konstatieren sind. Auch die überaus grofse Hartnäckigkeit, die wegen Fortwirkens des Krankheitsmomentes immer und immer wiederkehrenden Recidive sollten auf die Möglichkeit einer Primeldermatitis aufmerksam machen.

Die Thatsache der chronischen Primeldermatitis bildet den besten Beweis dafür, dafs keine Gewöhnung, keine Immunisierung eintritt, und dafs, falls die betreffende Person von neuem der Schädlichkeit sich aussetzt, auch die Entzündung wiederkehrt. Andrerseits darf bei den spärlichen Beobachtungen von Primeldermatitiden gegenüber der grofsen Verbreitung der Primula obconica mit Sicherheit geschlossen werden, dafs die meisten Individuen immun sind. So z. B. gelang es weder bei mir, noch bei einigen weiblichen Personen trotz energischen wiederholten Einreibens der Haut mit Blättern dieser Pflanze eine Dermatitis zu erzeugen.

Als besonders auffällig ist hervorzuheben, dafs fast sämtliche Beobachtungen weibliche Individuen betreffen, in einem Fall (9) sogar zwei Schwestern. Nur einmal (10) wird von einem 38jährigen Gärtner und einmal (9) von einem 2jährigen Knaben mit Primeldermatitis berichtet.

Wegen der fast ausnahmslosen Bevorzugung des weiblichen Geschlechts

liegt es nahe, die Disposition zu solchen Entzündungen etwa mit Störungen im Genitalleben in Verbindung zu bringen. Doch fand ich weder in pathologischer Hinsicht noch in Bezug auf das Alter und die dadurch bedingten physiologischen Veränderungen: Aussetzen der Menses u. dergl. Anhaltspunkte hierfür. Das Alter der Patienten selbst schwankte vom 2. bis zum 52. Jahr (8). Wahrscheinlicher ist es, dafs z. T. wenigstens die das Auftreten der Dermatitis begünstigenden Bedingungen in der Beschaffenheit der Haut selbst gelegen sind. In meinen Fällen handelte es sich nämlich durchwegs um Frauen mit sehr trockener, feiner, daneben sogar sehr sorgfältig gepflegter Haut. Auch das vorzugsweise Befallensein der dünnen Haut der Interdigitalfalten und des Handrückens im Gegensatz zu der zwar der schädlichen Einwirkung mehr ausgesetzten, aber dafür derberen Haut der Palmae mag zur Stütze dieser Annahme herbeigezogen werden. Vielleicht mag auch eine gewisse allgemeine Disposition der Haut zu katarrhalischer Erkrankung überhaupt, die „schwache" Haut (gleich dem „schwachen" Magen etc.) in einzelnen Fällen begünstigend mitwirken. So litt in einem Falle von ARCTANDER (5) der Patient an Ekzem, während dessen Schwester an einer chronischen, durch Brennesseln hervorgerufenen Hautentzündung litt. Ein Fall von WERMANN (8) zeigte gleich dem ersten Falle von mir eine Seborrhoe bezw. Pityriasis capitis. Doch sind diese Beobachtungen zu vereinzelt, als dafs sie irgend zu verwerten wären.

Die Diagnose der Primeldermatitis ist bei dem nicht eben markanten Charakter des klinischen Bildes natürlich nur durch den direkten Nachweis des schädlichen Agens selbst zu stellen. Doch läfst sich in manchen Fällen aus dem klinischen Symptomenkomplex allein nach Ausschlufs aller etwa in Frage kommenden Affektionen: Ekzem, Scabies, Urticaria, Erythema solare, Erythema multiforme etc. eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose mit einiger Sicherheit stellen. So machte mich in meinem dritten Falle das vorzugsweise Befallensein der Handrücken und Interdigitalfalten, die einseitige Erkrankung der linken Halsseite und der linken Augengegend, sowie die Lokalisation auf die unbedeckt getragenen Körperpartien sofort stutzig. Die Diagnose: Ekzem der Hände, die am nächsten gelegen wäre, mufste fallen gelassen werden, denn hierbei findet man gewöhnlich auch die Palmarflächen ergriffen; ebenso sind häufiger die Lider beider Augen, seltener nur von einem befallen, und zumeist zeigen auch noch andere Körpergegenden ekzematöse Erscheinungen. Gegen Scabies ferner, deren Diagnose nahe gelegt war durch den bläschenförmigen Ausschlag der Hände, speziell der Interdigitalfalten, sowie das in meinen sämtlichen Fällen abends besonders stark ausgeprägte Jucken, sprachen der Mangel von Milbengängen und das Freibleiben der übrigen von Scabies bevorzugten Körperregionen. Urticaria, Erythema solare, Erythema multiforme etc.

können nur bei oberflächlicher Untersuchung zu Verwechselung Anlafs geben.

Charakteristisch für die Primeldermatitis ist also das plötzliche Auftreten einer auf Hände event. auch noch Gesicht beschränkten, mehr oder weniger intensiven Hautentzündung, die sich neben heftigem Jucken in Schwellung, Rötung, Bläschen- und Papelbildung äufsert, auf Kontakt mit Primula obconica zurückzuführen ist und, sofern die betreffenden Individuen sich fortgesetzt der Schädlichkeit aussetzen, intermittierenden Charakter mit den Erscheinungen eines chronischen, trockenen, rhagadiformen Ekzems annimmt, um nach Aussetzen der Schädlichkeit unter symptomatischer Behandlung definitiv abzuheilen.

Die Prognose ist demnach, sofern die Ursache des Leidens festgestellt und entfernt wird, günstig.

Die Behandlung wird eine vorzugsweise symptomatisch-antiphlogistische sein (Puder, Kühlsalben, Zinkleim), der zum Ausschlag disponierte Patient wird in erster Linie jede direkte Berührung der Pflanze zu meiden haben (Tragen von Handschuhen oder gänzliche Entfernung der Pflanze).

Die Primula obconica selbst dürfte ziemlich bekannt sein: es ist eine 1888 von Japan eingeführte Primulacea, reichblühend mit blauvioletter Blumenkrone, Stengel und Unterseite der Blätter — dem Verlauf der Adern folgend — dicht mit feinen Härchen besetzt. Eine mikroskopische Untersuchung läfst zwei Arten von Härchen erkennen: 1. lange, aus 3 bis 8 säulenförmig übereinander liegenden, nach der Spitze hin sich verjüngenden Cylinderzellen bestehend, und 2. kurze, fast knopfförmige Haare, nur aus 2—3 Zellen zusammengesetzt, deren äufserste, von kugeliger oder bläschenförmiger Gestalt, selten eingetrocknet, meist mit einer stärker lichtbrechenden, wasserklaren bis leicht gelblichen, flüssigen Masse — wohl dem reizenden Agens — angefüllt ist.

Litteratur.

1. James C. White, Garden and Forest 1889, nach *Derm. Zeitschr.* 1899, pag. 150.
2. Riehl, *Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 11.
3. Geyl van Praag, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. 22, pag. 173.
4. Gram Niels, *Hospitalstidende*, 4. Reihe, Bd. V. Ref. nach *Arch.* Bd. 27, pag. 444.
5. Arctander, *Ann. de Derm.* 1897, pag. 1100.
6. Neale, *Brit. med. Journ.* 27. Mai 1897. — Ref. nach *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 27, pag. 472.
7. Th. Husemann, *Wien. med. Blätter.* 1898. No. 26. — Ref. nach *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 28, pag. 262.
8. Dubois-Havenith, *Presse méd. Belge.* 1898. No. 30. Ref.: ibid.
9. E. Wermann, *Derm. Zeitschr.* 1898, pag. 786.
10. Hopf, *Derm. Centralbl.* 1898, pag. 39.

Aus der Praxis.

Salbenmullverband bei Hautkatarrhen der Augengegend, kompliziert mit Katarrhen des Auges.

Von

P. G. Unna.

Eine gewisse Schwierigkeit besteht für den Dermatologen und — wie ich mich genugsam zu überzeugen Gelegenheit hatte — auch für den Ophthalmologen bei der so häufigen Kombination von Ekzem der Augenlider und angrenzenden Haut mit solchen Conjunctivitiden und Blepharitiden, welche reichliches, die Lidränder überspülendes Sekret liefern. Es entsteht dann immer ein Circulus vitiosus, indem das Eccema circumorbitale Reiben und Scheuern der Augengegend veranlafst und dieses wiederum zu stärkerer Hyperämie und Sekretion des Conjunctivalsackes führt, die das Ekzem verschlimmern. In der poliklinischen Kinderpraxis wird die Gruppe dieser Fälle noch um ein Beträchtliches vergröfsert durch die Kombination von Impetigo vulgaris mit äufseren, eitrigen Ophthalmien (Keratitis, Conjunctivitis). In der That wird durch keinen andern Umstand der Hautboden des Gesichts bei Kindern für das Auftreten und Umsichgreifen der Impetigo vulgaris so gut präpariert wie durch die Präexistenz oder das Hinzutreten eines derartigen Augenleidens, wobei ich die Frage anregen möchte, ob es sich in diesen häufigen Fällen überhaupt immer nur um eine zufällige Kombination oder um einen ätiologischen Zusammenhang handelt, insofern die Impetigo vulgaris-Kokken möglicherweise bei der Entstehung dieser Augenleiden eine wesentliche Rolle spielen.

In weniger direkter aber immerhin bemerkenswerter, ähnlicher Weise unterstützen sich Hautleiden und Schleimhautleiden an der letzten Ausgangspforte des Thränensekrets, an den Nasenlöchern. Auch hier wird die Haut der Oberlippe bei überreichlicher Benetzung durch das Sekret der entzündeten Augen für Ekzem und Impetigo vulgaris präpariert, falls das Sekret nicht schon selbst die betreffenden Organismen an diese etwas entferntere Hautstelle verpflanzt. Die hier entstehenden Krusten zusammen mit dem sich anstauenden und eintrocknenden schleimig-eitrigen Sekret des Auges und der Nase geben wiederum zu einer Rückstauung des Conjunctivalsekretes Anlafs, umsomehr, als bei der eintretenden Empfind-

lichkeit von Nase und Oberlippe die Mütter der Kinder sich oft scheuen, das Nasensekret in üblicher Weise zu entfernen. So macht sich auch hier, wenn auch in indirekterer Weise, ein Circulus vitiosus geltend.

Während nun in nicht komplizierten Fällen von Impetigo vulgaris und Ekzem die Therapie relativ einfach ist, dort das reichliche Auftragen von Pasta Zinci sulfurata mit Reinlichkeit und Entfernung der Krusten, hier das Ung. Resorcini compos., abwechselnd mit Zinkpaste oder Zinkschwefelpaste und Puder zur Heilung hinreicht, liegt uns in den mit Augenkatarrhen komplizierten Fällen zunächst die Beseitigung der letzteren ob, ohne welche die gründliche Heilung der Hautkatarrhe in der Umgebung des Auges nicht möglich ist. Ich sehe hier davon ab, welche Behandlung der Conjunctiva nach ophthalmologischen Grundsätzen in diesen Fällen erforderlich ist (Ätzungen, Augenwässer, Salben mit oder ohne Massage etc.) und beschränke mich auf einen praktischen Fingerzeig für die dermatologische Behandlung der Augenlider resp. Lidkanten und die nächste Umgebung der Orbita. Hier gilt es, die ekzematösen Veränderungen rasch zu beseitigen und zugleich dieselben Hautstellen vor dem Sekret des Auges und bei Kindern auch vor dem reflektorischen Reiben der Lider zu bewahren. Diesen beiden Indikationen entspricht nun auf das einfachste die feste Bedeckung der ganzen Orbita und Umgebung mit einem Salbenmull, der so gewählt ist, dafs er zugleich antiekzematös wirkt und die Entzündung der Conjunctiva günstig beeinflufst. Der Nebeneffekt des Salbenmulls ist eben die starke Einfettung der Augenumgebung, womit die schädliche Einwirkung des Augensekretes aufgehoben ist. Am meisten zu empfehlen ist der Zink-Ichthyol- und der Zink-Quecksilberoxyd-Salbenmull. Ein ganz besonderer Vorzug dieser Salbenmullbehandlung ist, dafs man sie mit einer feuchten Behandlung der Lider kombinieren kann. Denn der Salbenmull ist nahezu undurchgängig für Wasserdunst und wirkt demgemäfs auf eine untergeschobene feuchte Kompresse wie ein Stück Guttaperchapapier, ohne dessen schädliche Nebenwirkung auf die ohnehin übermäfsig erweichte Haut der Umgebung zu entfalten. Ich habe diese Kombination — Wattebäuschchen auf den Lidern mit Bleiwasser, Chamillenwasser, Fenchelwasser, Borwasser, Burowscher Lösung, Kokainlösung oder dergleichen angefeuchtet und derartig bedeckt mit einem der genannten Salbenmulle, dafs der letztere sich in der Gegend der Augenbrauen, oberen Backen- und seitlichen Nasenpartie der Haut fest anschmiegt — besonders in solchen Fällen schätzen gelernt, in welchen starke Photophobie und erhebliche Augenschmerzen bestanden. Diese feuchten Umschläge, bedeckt mit Salbenmull, werden andauernder gut vertragen als trockene oder fettige Augenverbände und sind den Patienten natürlich von vornherein auch angenehmer; dafs sie den einfachen, feuchten Umschlägen,

auch wenn diese adstringierende Mittel enthalten, bei der vorliegenden Komplikation durchaus überlegen sind, ist selbstverständlich.

Ein wesentlicher Punkt bei dem Salbenmullverband des Auges mit oder ohne feuchte Unterlage ist sein dichtes und festes Anliegen an der Umgebung der Orbita. Man erreicht dieselbe am besten durch Auflegen eines gröfseren trockenen Wattebausches, der durch eine Binde oder einen Zinkpflasterstreifen fest angedrückt wird und den Salbenmull in alle Falten des sehr unebenen Terrains hineindrückt. Bei ruhigen Patienten kann man nach einiger Zeit diese etwas warme Bedeckung wieder fortnehmen, ohne dafs der Salbenmull seine Lage verändert.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band X, Heft 5.

Experimentelle Untersuchungen über die Grenzen der cystoskopischen Diagnose renaler Pyurien und Hämaturien, von Alfr. Rothschild. Verfasser bestimmte die Transparenz der Urine nach dem Verfahren von Posner und fand, dafs Urine von D 3 oder 4 seiner Scala sich noch cystoskopisch beim Einfliefsen aus dem Ureter in den klaren Inhalt der Blase erkennen liefsen; diese Trübung entspricht einem geringen Eitergehalt, sodafs leichtere Pyurien dem Auge entgehen; ebenso ist es auch mit den Blutbeimischungen.

Über die quantitative Bestimmung der reduzierenden Substanzen im Harne nach dem Verfahren von Zdenek Peska, von Gregor. Die Peskasche Methode ist für die Praxis zu Harnuntersuchungen empfehlenswert und insbesondere für die Bestimmung der normalen Reduktionsfähigkeit des Harns geeignet. Die Reduktionsfähigkeit des normalen Harns zeigt im Verlaufe des Tages durch die Nahrungsaufnahme bedingte Schwankungen. Der vermehrte Genufs von Kohlehydraten hat im normalen Organismus keine Steigerung der Harnreduktion zur Folge. Die Reduktionsfähigkeit bei reiner Fleischkost nähert sich der des Inanitionszustandes. Stoffwechsel und Reduktion stehen im umgekehrten Verhältnisse. Alkoholgenufs erzeugt Erhöhung der Reduktionsfähigkeit. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates.

Band IV, Heft 5.

Einiges über Harnröhrenstrikturen überhaupt und solche seltenerer Form, von Eduard Deutsch. Die Strikturen der Harnröhre kommen gewöhnlich erst zur Behandlung, wenn sie hochgradig geworden und eine Reihe von Folgeerscheinungen nach sich gezogen haben. Besonders bedenklich ist die Degeneration des Nieren- und Herzgewebes, da dann die Reaktion auf die Sondierung wie auf die elektrolytische Erweiterung sehr bedenklich werden kann. Die Bedeutung der letzteren wird vom

Verfasser wieder hervorgehoben; die Schnelligkeit der Wirkung ist eine wahrhaft imponierende. Man kann in einer Sitzung von Leitsonde IV bis Metallsonde XXI übergehen. Ausführbar ist sie nur, wenn Leitbougie Charière IV die Striktur passiert. Wo eine solche mit Mühe hindurchgeht, ohne dafs man gleich die Elektrolyse anschliefsen kann, ist es oft ratsam sie liegen zu lassen, vorausgesetzt, dafs die Urinentleerung neben der Sonde möglich und keinerlei Reaktion eintritt. Es kommt vor, dafs nach der Elektrolyse die Einführung einer Metallsonde in der Stärke der Elektrodenbirne nicht gelingt; dann benutzt man für die Nachbehandlung ein- bis zweimal die Lange'schen Bahnsonden, die an der konvexen Seite eine Rinne und an der stumpf endenden Spitze eine Bohrung tragen, welche zur Aufnahme einer vorher einzuführenden Leitbougie dient. Auch bei falschen Wegen sind die Bahnsonden von Nutzen. Todesfälle kommen nach der Elektrolyse wie nach der Sondierung vor; einige Fälle werden berichtet. Verfasser teilt dann weitere Krankengeschichten von Interesse mit. Zunächst einen Fall, der vor 17 Jahren einen periurethralen Abscefs gehabt; es stellte sich plötzlich unter heftigem Schmerz Urinretention mit Blutausfluſs aus der Harnröhre ein. Dazu gesellten sich Schüttelfröste, Urininfiltration am Perineum. Als Ursache ergab sich während der Nachbehandlung nach der Operation das Vorhandensein von Harnöhrensteinen. (Schluſs folgt.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band II, Heft 8. (Mai 1899.)

I. **Beiträge zur Lehre vom Favus**, von J. Bukovsky. Mittels einer von einem Favus des Oberarms gewonnenen Reinkultur hat Verfasser auf der Klinik von Janovsky Impfversuche bei Menschen angestellt. Jedesmal bildeten sich Bläschen auf erythematöser Basis (herpetisches Vorstadium), zweimal unter sechs Versuchen entwickelten sich typische Scutula. Diese gingen nicht aus den Bläschen hervor, sondern entstanden zwischen denselben zuerst als gelblicher Fleck. Das histologische Bild zeigt, dafs es sich beim herpetischen Vorstadium um eine akute exsudative Entzündung der oberflächlichen Schichten der Haut handelt, dafs der Pilz parallel der Steigerung der Entzündung abstirbt. Wo sich ein Scutulum bildete, war die Reaktion seitens der Haut eine unbedeutende gewesen. Es ist das herpetische Stadium eigentlich nicht, wie Köbner meinte, ein Vorstadium, sondern eine abortive Form, welche die Entwickelung der Favuserkrankung direkt verhindert. Auf erythematöser Basis entsteht entweder die herpetische oder die skutuläre Form. Weiterhin machte Verfasser dann Injektionen der Bouillonkultur in die Blutbahn von zehn Kaninchen, einmal in die Bauchhöhle. Von den zehn Tieren gingen acht in 1—7 Tagen zu Grunde, und zwar um so schneller, je konzentrierter die Einspritzung war. Wo die Suspension sehr verdünnt war, blieb das Tier am Leben. Die Befunde ergaben, dafs die Sporen in den Kapillaren der Lunge stecken bleiben und eine Leukocytenansammlung hervorrufen; es entsteht ein Knötchen, in dessen Centrum die Spore liegt, welche wächst und sich in ein sternförmiges oder rasenartiges Gebilde umwandelt. Allmählich entwickeln sich Riesenzellen und der ganze Prozefs gewinnt einen regressiven Charakter. Das Tier, dem die Suspension intraperitoneal injiziert war, blieb am Leben. Eine toxische Wirkung entfaltet der Pilz nicht; nur wo man eine konzentrierte Emulsion einspritzt, kommt es durch die Menge der Entzündungsherde zum letalen Ausgang.

II. **Über Gummata der Hohlhand**, von Palmgrên. Ein im Mai 1897 infizierter Patient, der wiederholt, aber stets ungenügend behandelt war, zeigte September 1898 neben Defluvium capillorum, Lymphadenitis universalis, Papeln an der Haut und Schleimhaut eine Erkrankung der Hohlhände. An der Beugefläche des rechten

Daumen-Nagelgliedes, am rechten und linken Hypothenar fanden sich bis 2½ cm lange, knorpelig-harte, höckrige, die Haut überragende, auf Druck schmerzhafte Tumoren, umgeben von schwieliger Haut. Die Dorsalflächen zeigten gerötete, schuppende, ekzematöse Partien. Es bestanden also Gummata der Volarflächen neben einem Gewerbeekzem. Inunktionskur bringt Heilung. In der Litteratur sind nur wenige Fälle von Gummabildung in der Hohlhand von Lewin und v. Ley berichtet. Die Tumoren zeichnen sich stets aus durch Härte, unregelmäfsige, platte Form. Die Schmerzhaftigkeit ist eine verschiedene je nach der Chronicität des Prozesses. Bei der Entstehung scheint der mechanische Einfluſs des Druckes bei Handarbeitern von Bedeutung zu sein. In manchen Fällen haben die Hohlhandgummata der Therapie starken Widerstand geleistet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1899. Heft 4.

Über die Ätiologie des Ekzems. Eine kritische Studie von R. Sabouraud. Stellt das Ekzem eine mikro-parasitäre Erkrankung dar, oder beruht es auf einer inneren Ursache, auf einer Diathese? Dies ist die Fragestellung, bei der S. mit seiner kritischen Untersuchung einsetzt. Er beginnt sehr richtig mit der Bemerkung, daſs das Ekzem gar kein einheitlicher Begriff sei, sondern daſs eine Menge von Krankheitserscheinungen darunter zusammengefaſst würden, die möglicherweise von ganz auseinanderstrebenden Ursachen herzuleiten seien. Er geht dann mit dem Begriffe der „Diathese" sehr streng ins Gericht; am liebsten möchte er ihn zum alten Eisen geworfen haben. Auf jeden Fall laufe dieser Begriff auf einen veränderten Chemismus hinaus, und der müsse sich doch nachweisen lassen. Die Verteidiger des „Eocema ex Diathesi" hätten demnach im Schweiſs und im Urin die pathologischen Stoffe aufzusuchen, die diese Diathese bekundeten. Bis jetzt sei noch nichts derartiges geschehen. — Andererseits sei aber auch die parasitäre Natur der verschiedenen Ekzemformen noch nicht erwiesen, und bei aller Hochachtung vor Unnas Leistungen sei Schritt für Schritt von vielen Forschern noch eine ungeheure Arbeit zu thun, ehe für jede Ekzemform ihr spezifischer Erreger wissenschaftlich festgestellt sei. Daſs es aber dahin kommen werde, daran zweifelt Sabouraud nicht.

Ein weiterer Beitrag zur Frage des Ainhum, von H. de Brun-Beyruth. Der in der vorliegenden Abhandlung mitgeteilte Fall von Ainhum hat eine groſse Ähnlichkeit mit einer von dem nämlichen Verfasser früher (*Semaine médicale.* 6. Sept. 1894) veröffentlichten Beobachtung. In beiden Fällen handelte es sich um kleine Mädchen semitischer Rasse; bei beiden setzte die Krankheit angeblich mit einer kleinen Verletzung ein. Die Krankheit selber besteht in der Bildung einer Furche und der schmerzlosen Abstoſsung der letzten Phalange der vierten oder gewöhnlich der fünften Zehe. Im vorliegenden Falle war ausnahmsweise die zweite Zehe (des rechten Fuſses) betroffen; doch zeigten hier auch andere Zehen einzelne Abweichungen. Verfasser war der erste, der darauf hinwies, daſs sich bisweilen in der ganzen befallenen Unterextremität trophische Störungen nachweisen lassen; wenigstens gelang ihm das in seinen beiden Fällen, und er hält dafür, daſs diese Störungen bei der Erkrankung eine Rolle spielen. Diese Dystrophien sind am Skelett, an den Muskeln und an der Haut nachweisbar; aufserdem sind noch vasomotorische, sensible und motorische Störungen zu verzeichnen; die Sehnenreflexe sind aufgehoben. Allen diesen Symptomen legt Verfasser eine Neuritis der betreffenden Extremität zu Grunde und ist, entgegen seiner früheren Ansicht, jetzt geneigt, leichte Verletzungen an den Füſsen ätiologisch zu verwerten. Das Ainhum als einen Symptomenkomplex der Lepra aufzufassen hält er nicht für angängig.

Die Behandlung der Stomatitis mercurialis, von A. Lanz-Moskau. Die Stomatitis mercurialis hängt in ihrer Entwickelung und ihrem Verlauf von drei Faktoren ab: von der Menge des verbrauchten Hg, von der Beschaffenheit des Mundes, der Zähne u. s. w. und von der Einwirkung der Bakterien. Es werden dann die bekannten Vorschriften der Reinlichkeit und der Desinfektion der Mundhöhle wiederholt und zu diesem Zwecke die von verschiedenen Autoren herrührenden Zahnseifen empfohlen, die alle mehr oder minder Kalium chloricum enthalten. Als Desinficiens bei bestehender Stomatitis rühmt Verfasser neben dem Sublimat (1,0 : 4000,0) besonders das Wasserstoff-Superoxyd (2,0 : 100,0). Gegen die Schmerzhaftigkeit der Ulcerationen zieht er das Orthoform dem Kokain vor. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1899. Heft 4.

Ein Fall von abnormer Hautfärbung, von Félix Roche-Imbard. Verfasser beschreibt eine 38jährige Frau aus Ungarn, deren Vater ein Neger und deren Mutter ein Albino war; aus dieser Rassenkreuzung war eine ganz abnorme Hautfärbung hervorgegangen. Besser noch als aus der Beschreibung erkennt man die Abnormität aus dem beigefügten Holzschnitt. Danach erscheint der ganze Rücken vom Hals beginnend bis über das Gesäfs hinüber schwarz, desgleichen das Gesicht und die Vorderfläche der Schultern, Brust und Bauch dagegen weifs; die Grundfarbe der Extremitäten ist weifs mit zahlreich eingestreuten dunklen Pigmentflecken; die Füfse sind jedoch bis über die Enkel hinüber wieder gleichmäfsig schwarz, sodafs es aussieht, als ob Patientin schwarze Socken anhätte. Schwarz sind auch die Schleimhäute und die glatten Haare. Eine Schwester der Patientin bietet die nämlichen Anomalien dar. An diese Mitteilung knüpft Verfasser eine kurze Besprechung der einschlägigen Litteratur, der von Variot (in den *Archives des Physiologie.* 1890) gegebenen Histologie der Haut und schliefst mit einer differential-diagnostischen Übersicht der sonstigen Formen von Melanodermie. Er hebt aber zu verschiedenen Malen hervor, dafs sein Fall nicht in die Pathologie gehöre, sondern nur ein bizarres Beispiel der launischen Natur bilde, die ausnahmsweise einmal anstatt einer gleichmäfsigen Mischung und Verteilung des Hautpigments seine eigensinnige, hier beschriebene Ansammlung an verchiedenen Körperstellen beliebt habe.

Über den Ursprung der Wörter Impetigo und Petechien, von Adrien Timmermans. Nach des Verfassers Auffassung sind alle Sprachen wesentlich auf onomatopoetischem Wege zu stande gekommen. Er hebt besonders hervor, was nachgerade für einen Leser von allgemeiner Bildung zu betonen wohl überflüssig ist, dafs jede Sprache ein organisches Gebilde darstelle und dafs die einzelnen Wörter nicht einer überlegenden Vereinbarung der Menschen ihr Dasein und ihre Bedeutung verdankten. Für „Impetigo“ und „Petechien“ giebt er folgende Ableitung: Beide stammen von einem Stamm pt., der im Lateinischen petere und putare, im Griechischen πτισσειν und πατειν enthalten ist und dem die Bedeutung von Stofsen, Klopfen, Schlagen zukommt. Der ursprüngliche Sinn der beiden Wörter wäre demnach etwa „Coup de patte“ = Fufstritt, doch wird mit ihnen nicht die Handlung des Schlagens, Stofsens, sondern in metaphorischer Bedeutung die Folge des Schlages oder Stofses, die gerötete Stelle, der rote Fleck bezeichnet. Petigo und Impetigo benennt demnach eine Krankheit, qui agit petices. Die Ableitung des Dictionnaire des Sciences Médicales von „Impetus“ wird vom Verfasser verworfen. In einer weiteren interessanten sprachwissenschaftlichen Auseinandersetzung, die von einer neidenswerten Gelehrsamkeit des Verfassers zeugt, wird die onomatopoetische Herkunft des Stammes pt. untersucht und an zahlreichen Belegen aus den verschiedensten Sprachen erwiesen.

Psoriasis. Alkoholismus. Tuberculosis verrucosa des Fufsrückens. Allgemeine Tuberkulose, von PÉRÉ-Toulouse. 47jähriger, kräftiger Tagelöhner ohne erbliche Belastung. Die Psoriasis wurde 1892 zuerst beobachtet. 1896 zog er sich eine kleine Verletzung des rechten Fufsrückens zu; an dieser Stelle entwickelte sich allmählich eine örtliche Tuberculosis verrucosa; die Leistendrüsen schwollen an und während der Kranke fortfuhr, stark zu trinken, bildete sich eine Lungentuberkulose aus, der er im Frühjahr 1899 erlegen ist.

Ein Fall von Verhärtung der Corpora cavernosa, von PÉRÉ-Toulouse. Aus der Toulouser Klinik für Dermatologie sind in den letzten sieben Jahren vier Fälle von Induration der Corpora cavernosa mitgeteilt. Bei zweien derselben ging vermutlich ein Trauma vorauf; bei den beiden anderen scheint die Syphilis eine Rolle gespielt zu haben. Für den vorliegenden fünften Fall kann nur eine rheumatische Anlage — es besteht eine Ankylose des rechten Handgelenks ex Rheumarthritide — ätiologisch verwertet werden; Blennorrhoe und Syphilis werden entschieden in Abrede gestellt. Der jetzt 58jährige Tischler bemerkte vor 1½ Jahren zuerst eine kleine Verhärtung an der Wurzel des Gliedes und Schmerz bei Erektionen. Jetzt hat sich die Verhärtung über die ganze Medianlinie und einen grofsen Teil des rechten Corpus cavernosum ausgedehnt; auch die Corona glandis ist von einem brettharten Ring eingeschlossen.

Zur Sterilisation der von den Barbieren und Friseuren gebrauchten Instrumente, von SABRAZÈS-Bordeaux. S. hat Versuche angestellt, Bürsten, Scheren und Rasiermesser, wie sie in den Barbierstuben gebraucht werden, zu desinfizieren und ist dabei mit Formaldehyddämpfen zu günstigen Ergebnissen gelangt. Die Instrumente werden von diesen Dämpfen nicht angegriffen, wohl aber nach einiger Zeit keimfrei gemacht. Hierzu genügt ein zehnstündiges Verweilen in einem geschlossenen Raum, der auf das Kubikmeter den Dampf von 1—2 käuflichen Formaldehydpastillen enthält. Der Instrumentenmacher Saint-Martin in Bordeaux hat zu diesem Zweck einen praktischen Sterilisierapparat hergestellt. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1899. Heft 4.

1. **Studien über die Durchgängigkeit der Nieren mittels Injektion von Methylenblau bei den chirurgischen Affektionen der Nieren,** von ALBARRAN und BERNARD.

2. **Behandlung der Hypospadie mit Durchstechung des Penis und Hauttransplantationen nach OLLIER-THIERSCH,** von TUFFIER. Bei einem 18jährigen Patienten mit Hypospadie, bei dem das Orificium urethrae im mittleren Teil der unteren Wand des Penis lag, wurde der Penis von der Mitte der Glans aus parallel der Längsachse bis zum Orificium mit einem langen schmalen Bistouri durchstochen und die Blutung durch Kompression zum Stehen gebracht. Nun wurde von der inneren unbehaarten Seite des linken Armes ein dermo-epidermischer Lappen von 9—10 cm Länge und 2—2½ cm Breite abgetragen und mit der blutenden Seite nach aufsen rings um ein Bougie gelegt, das nur an der von dem Lappen eingenommenen Partie eingeölt war. Die beiden Ränder des Lappens wurden durch Nähte mit feinstem Catgut mit einander vereinigt, sodafs der Lappen das Bougie cylindrisch umschlofs; die beiden Ränder des Lappens wurden ebenfalls durch Catgutnähte am Bougie fixiert. Hierauf wurde dieses von der Öffnung in der Glans aus durch den Penis und durch das Orificium durchgeführt, sodafs der Lappen den durch die Durchstechung geschaffenen Kanal im Penis durchaus bekleidete; der am Orificium vor-

stehende Teil des Bougies wurde abgeschnitten, das vordere Ende des Lappens nach Entfernung der fixierenden Naht ringsum in die Wunde der Glans eingenäht. Vom Orificium aus wurde nun ein Verweilkatheter in die Blase eingeführt, und der Penis mit einem leicht komprimierenden aseptischen Verband bedeckt. Nach drei Tagen wurde das Bougie, am siebenten Tage der Verweilkatheter entfernt; vom zehnten Tage an wurde der neugeschaffene Kanal durch Einführung von Bougies leicht dilatiert. Nach ungefähr vier Wochen wurde das Ende des Kanals mit dem Orificium und gleichzeitig die beiden Hautränder durch Nähte vereinigt; eine zurückbleibende kleine Fistel wurde nach einigen Monaten geschlossen. Eine 6½ Monate nach der Operation vorgenommene Untersuchung ergab, dafs Urinentleerungen, Erektionen, Ejakulationen in vollständig normaler Weise vor sich gingen. Die Auskleidung des Kanals mit Pflasterepithel schützt den Mann vielleicht vor Infektion mit pathogenen Mikrobien, insbesondere mit Gonokokken.

3. **Über Störungen in der Entleerung des Sperma (Dyspermatie)**, von Poussow. Der Verfasser teilt die Störungen in der Entleerung des Sperma in zwei Gruppen ein: Störungen, die durch eine organische Veränderung der Genitalien hervorgerufen sind (organische Dyspermatie), und Störungen, die abhängig sind von funktionellen Störungen des anatomisch gesunden Ejakulationsapparates (funktionelle Dyspermatie). — Die häufigsten Ursachen der organischen Dyspermatie sind Verschlufs der Ductus ejaculatorii durch pathologische Produkte (Steine, Konkremente, Anhäufung von Schleim), narbige Verengerung und Obliteration der Ductus, sowie Fistelbildung an denselben infolge von Krankheiten oder Traumen, Kompression der Ductus infolge von krankhaften Affektionen benachbarter Organe, endlich Veränderungen der Urethra (Strikturen). Besteht Obliteration der beiden Ductus, so wird kein Sperma mehr entleert (Aspermatie). Von mehreren Autoren wird betont, dafs in solchen Fällen nach jedem Coitus heftige kolikartige Schmerzen in der Pars prostatica urethrae auftreten. Die Stellung der Diagnose wird zumeist nur durch Rektaluntersuchung bezw. Endoskopie ermöglicht. Handelt es sich um ausgedehnte narbige Verengerung der Ductus, so ist jeder Versuch einer Behandlung erfolglos; die Kranken sind und bleiben steril. Kleine narbige Verengerungen können manchmal mit Hülfe des Urethroskops beseitigt werden; Steine bezw. Konkremente werden durch Massage vom Rectum aus nach vorheriger Einführung einer dicken Sonde in die Urethra entfernt. Beim Bestehen von Fisteln an den Ductus ejaculatorii fliefst das Sperma natürlich durch die Fisteln ab. Die Folge ist auch hier Sterilität. Der Nachweis von Spermatozoen in der durch eine Fistel bezw. durch das Rectum entleerten Flüssigkeit ermöglicht die Diagnose. Handelt es sich um eine Fistel der Urethra, so wird gewöhnlich ein Teil des Sperma durch das Orificium urethrae, ein Teil durch die Fistel entleert; in solchen Fällen ist Befruchtung möglich. Operative Schliefsung von Fisteln der Ductus beseitigt die Sterilität gewöhnlich nicht; denn die Folge einer solchen Operation ist zumeist definitive Obliteration der Ductus. Organische Dyspermatie infolge von krankhaften Affektionen der Urethra (chronischen Entzündungen, Verhärtungen einzelner Partien, Strikturen, abnormer Enge des Orificium, Verlegung der Ductusmündungen durch Stränge) äufsert sich nicht in Form von Aspermatie, sondern in Form von Bradyspermatie, d. h. langsamen und energielosen Ausfliefsens des Sperma, oft erst nach dem Aufhören der Erektion. Die Diagnose kann zumeist auf Grund der Ergebnisse einer Sondierung gestellt werden. Die Prognose bezüglich der Zeugungsfähigkeit ist nicht absolut schlecht; doch ist unheilbare Sterilität nicht selten. Aufgabe der Behandlung ist es, wenn möglich die Ursachen der Affektion zu beseitigen. — Funktionelle Dyspermatie kann verursacht sein durch Verlust der Sensibilität der Genitalien, durch teilweise oder vollständige Zerstörungen des Spinalcentrums für die

Ejakulationen, durch funktionelle Störungen in den Muskeln des Ejakulationsapparates, endlich durch psychische Einflüsse. Anästhesie der Genitalien bewirkt nur selten Aspermatie, sondern zumeist Prospermatie, d. h. vorzeitige Ejakulationen. Übrigens ist Dyspermatie infolge von Anästhesie der Genitalien ebenso wie infolge Zerstörung des Spinalcentrums für die Ejakulation im ganzen selten; die meisten Fälle von funktioneller Dyspermatie sind Folge von funktionellen Störungen in dem komplizierten System der Ejakulationsmuskeln. Atonie der glatten Muskeln der Samenbläschen, wie Atonie der quergestreiften Ejakulationsmuskeln, angeborene wie erworbene Atonie kann funktionelle Dyspermatie zur Folge haben. Bei Rekonvalescenten, Greisen und durch Excesse geschwächten Menschen ist Dyspermatie infolge von Muskelatonie sehr häufig. Endlich können auch psychische Einflüsse Dyspermatie bewirken, d. h. es können Störungen in der Ejakulation auch vom Willenscentrum im Grofshirn aus verursacht werden; denn das Willenscentrum hat für die Ejakulation dieselbe Bedeutung wie für die Urinentleerung. Unter dem Einflusse des Willenscentrums können die Ejakulationsmuskeln so lange kontrahiert bleiben, dafs die Ejakulation des bereits in der Pars prostatica urethrae befindlichen Sperma zur normalen Zeit unmöglich ist, dafs das Sperma vielmehr erst nach dem Aufhören des Erektionszustandes ausfliefst. Es kann aber auch, wenn dem Sperma der Ausfluſs durch die fortdauernde Kontraktion der Ejakulationsmuskeln verlegt ist, der Sphincter internus nachgeben, sodafs das Sperma in die Blase abfliefst. Endlich kann andauernde Kontraktion der beiden Sphinkteren den Abfluſs des Sperma aus den Samenbläschen in die Urethra verhindern; in solchen Fällen treten beim und nach dem Coitus heftige kolikartige Schmerzen auf. Alle diese abnormen Kontraktionen sind abhängig von psychischen Einflüssen, vom Willenscentrum; sie kommen vor, und zwar ziemlich häufig, bei übergrofser sexueller Erregung, bei Angstgefühlen und plötzlichem Erschrecken während des Coitus, bei unangenehmen bezw. schmerzhaften Gefühlen beim Coitus infolge von Phimose, Kürze des Frenulums u. dergl. Bei Leuten, die aus irgend einem Grunde die Ejakulation durch starke willkürliche Kontraktionen der betr. Muskeln absichtlich verzögern, kann es im Laufe der Zeit zu Kontrakturen dieser Muskeln und infolge dessen zu Aspermatie kommen. Im übrigen aber ist die „psychische Dyspermatie“ nur temporär, die Störungen in der Ejakulation treten nicht bei jedem Coitus auf, sondern nur, wenn eben eine psychische Beeinflussung des Aktes eintritt. — Die Prognose der funktionellen Dyspermatie ist gut, soweit es sich nicht um unheilbare Veränderungen des Spinalcentrums oder der Sensibilität der Genitalien handelt. Bei Dyspermatie infolge von Anästhesie oder von Veränderungen des Spinalcentrums ist Applikation von Derivantien oder kleinen Vesikatoren in der Höhe des Lumbalteils der Wirbelsäule angezeigt; aufserdem thun manchmal Elektrisation, Massage, hydrotherapeutische Prozeduren, dann innerliche Verabreichung von Strychnin, Akonitin, Atropin, Secale gute Dienste. Bei Dyspermatie infolge von Muskelatonie ist Verabreichung von Strychnin und Ergotin neben allgemein roborierender Behandlung, sowie Anwendung von Elektrisation, Massage und Douchen am Platze. Bei psychischer Dyspermatie ist es selbstverständlich wichtig, die Momente zu erforschen und zu beseitigen, welche die Erschlaffung der Ejakulationsmuskeln verzögern. Ist die Ursache eine äufsere Affektion des Penis, so mufs dieselbe beseitigt werden; handelt es sich um rein psychische Einflüsse, so mufs auf den Kranken psychisch, suggestiv eingewirkt werden; nebstdem ist allgemein tonisierende Behandlung indiziert.

Götz-München.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1899. Heft 1.

1. **Zum dermatologischen Unterricht,** von Prof. Tommasoli. Verfasser kommt nochmals auf den bereits in der letzten Nummer der italienischen Fachzeitschrift behandelten Gegenstand zurück und teilt eine ganze Reihe von Briefen mit, die ihm inzwischen auf seinen Aufruf von den Spezialkollegen zugekommen sind. Alle stimmen darin überein, dafs ein einjähriges Studium der Dermatologie nicht hinreiche, um den stets sich mehrenden Anforderungen zu genügen. Er findet den Augenblick, neue Reformen auf diesem Gebiete zu verlangen, für besonders günstig, da gegenwärtig in der italienischen Kammer ein neues Universitätsreglement auf der Tagesordnung steht.

2. **Die Kranken in der dermosyphilopatischen Klinik von Modena während der Jahre 1896—98,** von C. Casarini. Behandelt wurden in der Klinik und im Ambulatorium im ganzen 1730 Fälle und zwar: blennorrhoische und katarrhalische (Urethritis chron., Prostatitis, Vulvo-Vaginitis) Affektionen 166 (118 M., 44 F., 4 K.); venerische Affektionen und Komplikationen 137 (73 M., 61 F., 3 K.); syphilitische Affektionen 139 (58 M., 73 F., 8 K.); Hautkrankheiten 1235 (403 M., 372 F., 457 K.); nicht eigentlich die Spezialität betreffend 53 Fälle. Im akuten Stadium der Blennorrhoe bei Männern wurden stets, so lange die akuten Erscheinungen bestanden, nur hygienische Mafsnahmen und leichte Balsamica, wie z. B. Teerwasser, verordnet; später, nach Verschwinden des akuten Stadiums erhielten die Patienten bei Urethritis posterior Ausspülungen mit Lösungen von Kaliumpermanganat nach dem Verfahren von Majocchi; bei Urethritis anterior wurden Adstringentien injiziert. Es wurde auch die gemischte Methode angewendet (Kalium permanganicum, so lange Gonokokken vorhanden, sodann Argentamin in Lösungen von 1 : 10000 bis 1 : 1000). Verfasser zieht das Argentamin dem Argentum nitricum vor, weil es weniger reizt. Von neueren Mitteln hat sich im subakuten und chronischen Stadium sehr gut bewährt das Argonin. Bei Frauen kam im akuten Stadium Argentum nitricum, nach Verschwinden der akuten Erscheinungen Ichthyolgelatine in Stäbchen zur Verwendung. Als Färbemethode für Gonokokken wird folgende Lösung empfohlen: 20 ccm einer gesättigten wässerigen Methylenblaulösung, 20 ccm einer Mischung von 0,25 Eosin und 100,0 Alkohol à 70°, 40 ccm destillierten Wassers. Von diesem Gemenge wird ein Tropfen auf das Deckgläschen gebracht und ca. 4 Stunden einwirken gelassen. Die venerischen, syphilitischen und Hautaffektionen bieten kein besonderes Interesse.

3. **Die Widerstandsfähigkeit des Achorion Schönleinii gegenüber den gewöhnlichen medikamentösen Agentien,** von Calderone. Verfasser hat Favuskulturen mit einer ganzen Reihe der verschiedensten parasiticiden Medikamente behandelt und im Gegensatze zu anderen Autoren (Verujski, Schwengers etc.) gefunden, dafs dieselben gar keine oder doch wenigstens eine nur geringfügige zerstörende Wirkung auf das Achorion auszuüben vermögen. Wie sehr auch die Epilation als ein barbarischer Eingriff taxiert worden ist, hält er dieselbe vorläufig für das einzige sicher wirkende Mittel zur Beseitigung der Affektion.

4. **Studium über die Prophylaxis und Behandlung der Tinien,** von Bellini. Verfasser giebt zunächst eine Reihe prophylaktischer Vorschriften zur Vermeidung der Entstehung und Verbreitung der parasitären Kopfhautaffektionen: häufige Waschungen des Kopfes der Kinder mit Seifenwasser, Behandlung der Ausschläge auf der Kopfhaut und Bekämpfung der populären Vorurteile in dieser Beziehung, Kurzschneiden der Haare, Vorsichtsmafsregeln beim Scheren, Hygiene der Wohnung besonders in Bezug auf die Feuchtigkeit derselben; ärztliche Untersuchung der Schul-

kinder, eventuell Isolierung der Erkrankten. Hierauf durchgeht Verfasser die verschiedenen Methoden, welche bei Favus zur Verwendung kommen, und beschreibt schliefslich seine eigene, welche darin besteht, dafs unter gleichzeitiger Einwirkung des unterbrochenen elektrischen Stromes ein Antisepticum mit den erkrankten Hautstellen in Kontakt gebracht wird. Als solches Mittel hat sich ihm am besten bewährt das Argentamin, dem die Eigenschaft zukommt, in die Hornschichten der Haut und die Follikel einzudringen. Das Argentamin wird in 1—5%igen Lösungen gebraucht. Unter dem Einflusse des elektrischen Stromes, der aufserdem auch kataphoretisch wirkt, wird der Haarfollikel gestellt und emporgehoben, wodurch das Medikament leichter eindringen kann. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Über die Herabsetzung der Nerventhätigkeit bei Psoriasis, Krebs und Lepra und der Einfluſs, den die Organotherapie darauf hervorbringt, von Bouffé-Paris. (Paris, 1899. A. Maloine.) Die mit einer Reihe iconographischer Schemata, die 20 Krankenbeobachtungen entsprechen, versehene Abhandlung kommt zu folgenden Ergebnissen: Bei der Schuppenflechte wie allen Affektionen, die mit einer Störung des nervösen Apparates einhergehen, sei es beim Ekzem, beim Carcinom oder mikrobiellen Krankheiten, wie der Lepra, bei denen ein Toxin auf das Nervensystem einwirkt, oder bei diathetischen Leiden wieder Gicht, besteht eine Herabsetzung in den Beziehungen der Phosphorsäure zum Gesamtstickstoff, die ein Charakteristikum der Störung der Ernährung der Nervenzellen darstellt. Das Verhältnis beider chemischer Körper zu einander deutet den Grad der Nerventhätigkeit des Individuums an. Die Psoriasis hat ihre Ursache in einer Schwächung der Nervenernährung. Die Herabsetzung der nervösen Thätigkeit beträgt hierbei von $^1/_6$—$^1/_5$, bei der Lepra kann die letzere bis auf $^1/_4$, beim Carcinom bis auf $^1/_3$ der Norm sinken. Wenn diese Thatsache als Veranlassung cutaner Erkrankungen angesehen wurde, mufste eine das Nervensystem kräftigende, aber die Nerven trotzdem nicht erregende Kur Erfolg versprechen. Eine Reizung bringt nur eine Verschlimmerung der Hautaffektionen hervor. Diesen erwünschten Erfolg erreicht man mittels des Orchitins, das organoleptisch, dynamogen und zugleich sedativ wirkt. Bouffé wendet es seit 1893 an und zwar mit ununterbrochem Erfolg, in der Form von intramuskulären Injektionen. Bei Psoriasis erzielte der Autor durch diese Therapie in fünf Jahren 77% Heilungen. Bei Krebs und Lepra fehlen umfangreiche Beobachtungen. Verfasser drückt sich sehr unklar aus, wenn er schreibt, dafs er unter fünf Leprafällen einmal eine Besserung, zweimal „einen vollen Erfolg" durch seine Kur gesehen habe. Bei einem vierten Kranken, der seit $2^1/_2$ Jahren mit Orchitin behandelt worden ist, ist die Lepra seit 10 Monaten geheilt. — Die Abhandlung ist der Académie de Médecine eingereicht worden. Für eine so wichtige Frage, wie sie die Arbeit angeblich löst, ist dieselbe viel zu kurz und abgerissen behandelt. Jedenfalls sind die Ergebnisse mit Vorsicht aufzunehmen, verdienen aber immerhin eine gewissenhafte Nachprüfung. *Hopf-Dresden.*

Die Vaccinekörperchen nach Untersuchungen an der geimpften Hornhaut des Kaninchens. Ein experimenteller und kritischer Beitrag zur Frage nach dem Kontagium der Vaccine, von Armand Hückel. (Jena, 1898. Gustav Fischer.)

Die in den Epithelzellen bei Vaccineeffloreszenzen gefundenen eigentümlichen Gebilde, welche von Renaut, Pfeiffer, Guarnieri etc. als Parasiten aufgefafst worden sind, hat Verfasser eingehend studiert. In der vorliegenden umfangreichen Arbeit giebt Verfasser die Früchte dieser Studien unter eingehender Berücksichtigung und Kritik der nicht mehr kleinen Litteratur wieder. Er benutzte zu seinen Untersuchungen die Cornea der Kaninchen, nachdem er durch Impfung derselben an den Nüstern festgestellt hatte, dafs diese Tiere für Vaccine empfänglich sind und durch Überstehen einer lokalen Vaccineinfektion gegen weitere Impfungen immunisiert werden. — In sehr eingehender Weise schildert er im ersten Teil die makroskopischen und mikroskopischen Befunde, sie durch Abbildungen erläuternd, wobei er auch die angewendete Technik auf das genaueste wiedergiebt. Der zweite Teil behandelt die die Natur der Vaccinekörperchen betreffenden Hypothesen (Leukocyten-, Zellkern-, Protozoenhypothese). Im dritten Teil äufsert sich Verfasser über die Auffassung, die er betreffs der Entstehung der Körperchen hegt. Er zeigt, dafs die verschiedenen Formen einander gleichwertig sind und vom Zellprotoplasma abstammen. Der Markschicht des Protoplasmas angehörende Teile des Zellleibes erkranken und führen zu den eigentümlichen Bildungen, welche direkte Abkömmlinge des Cytoplasmas sind. Verfasser bekämpft energisch die Protozoenhypothese. Ob das Kontagium in der Epithelzelle selbst und speziell im Vaccinekörperchen sich befindet oder ob die Zellerkrankung durch Gifteinwirkung zu stande kommt, läfst er dahingestellt. Über die Art des Kontagiums vermag er nichts auszusagen. Die Arbeit bildet einen hochwichtigen Beitrag zu der ebenso wichtigen wie interessanten Frage nach der Ätiologie der Vaccine. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Historische Studien über Lepra, besonders mit Rücksicht auf ihr Vorkommen in Niederländisch-Ostindien, von Broes van Dort. (Rotterdam, 1898. van Hengel.) Der Autor hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Geschichte der Lepra in den ostindischen Kolonien seines Vaterlandes nach allen Richtungen hin zu studieren, und hat in kurzen Zügen die Ergebnisse im vorliegenden Buche festgelegt, das, so lesenswert es auch ist, doch infolge des holländischen Textes verhältnismäfsig nur wenigen familiär werden wird. Der Lepra in Ostindisch-Niederland wird zum ersten Mal von Jakob Bontzius Erwähnung gethan, der von einer in seiner *„Medicina Indorum"* (Leyden, 1642 erschienen) besprochenen Krankheit, die er Courap nennt, sagt, dafs sie bei nachlässiger Behandlung in die Lepra Arabum oder, was noch ärger sei, in die Elephantiasis übergehen könne. Mit Rücksicht darauf, dafs die unklare Terminologie der damaligen Zeit entsprach, in der Lepra Arabum und Elephantiasis Graecorum sogar synonym gebraucht wurden, sowie darauf, dafs Bontzius unter dem noch schlimmeren Übel unmöglich etwa unsere heutige Elephantiasis gemeint haben kann, sowie endlich mit Rücksicht darauf, dafs diese Courap genannte Affektion nach anderen Schilderungen wie ein marginäres Ekzem oder eine Trichophytodermie ausgeschaut haben mag, ist ohne Zweifel anzunehmen, dafs der alte Autor damit wohl unsere Lepra im Auge gehabt hat. Die hauptsächlichsten Kenntnisse über die Anfänge der Lepra dortzulande verdankt man der umfassenden Arbeit eines anderen Batavischen Arztes, des Dr. van ten Rhijne, der 1687 in Amsterdam seine „Abhandlung über die asiatische Melaatheid (= Lepra)" hat erscheinen lassen. Die ersten zwei oder drei Leprösen, von denen ten Rhijne berichtet, lebten isoliert auf einer kleinen Insel nahe Batavia, und zwar war das im Jahre 1657. Infolge Zunehmens der Leprafälle baute die Regierung laut Beschlufs vom 23. April 1666 eine Leproserie bei Angké nahe der Hauptstadt; daselbst zogen die ersten Leprakranken unmittelbar nach der Vollendung des Baues am 20. Mai 1667 ein. Bald darauf erfolgte ein Erlafs, dafs

sich alle Leprösen an offizieller Stelle melden mufsten. (Anzeigepflicht.) Die Furcht vor einer Verbreitung der Seuche durch das Wasser auf das nahegelegene Batavia war der Grund, das Leprosorium 1681 nach Purmerend, einer Insel, zu verlegen, die etwa in Kanonenschufsweite von der Rhede Batavias lag. Bevor Kranke dorthin gebracht wurden, unterzog man sie der Untersuchung durch eine ärztliche Kommission, deren Hauptperson VAN TEN RHIJNE war. Die Regierung liefs aufserdem 1682 durch Beamte die ersten Visitationen aufserhalb des Bezirks der Residenz vornehmen, um Lepröse aufzufinden. Der erste Versuch brachte gleich 20 Kranke. Auch Syphilitische wurden in Purmerend, allerdings gesondert interniert, um ihren häfslichen Anblick schwangeren Frauen zu entziehen und aus anderen kommunalen Gründen. An einzelne lepröse Frauen erging um jene Zeit die Aufforderung, aufserhalb der Stadt ihren Wohnsitz aufzuschlagen und den Umgang mit Gesunden bei Gefahr der Zwangsinternierung im Lepraasyl zu meiden. 1687 erliefs die holländische Regierung eine Bekanntmachung, aus der hervorgeht, dafs man nicht nur die Ansteckung durch Lepra, sondern auch die Übertragung durch Vererbung zu fürchten begann. 1708 erfolgte eine Bestimmung, dafs niemand ohne obrigkeitliche Erlaubnis die Purmerender Leproserie, die im Gegensatz zu dem aus Holz und Bambus erbauten Haus zu Angké aus Stein hergestellt war, verlassen durfte. Für besuchende Verwandte wurde auf der Insel eine besondere Nächtigungsgelegenheit geschaffen. Während im ersten Jahre 165 Lepröse verpflegt wurden, verminderte sich deren Zahl bis 1720 auf 100. 1795 wurde die Leproserie bei 11 Bewohnern aufgehoben, nachdem in den Zwischenjahren noch einmal eine kurze Zunahme erfolgt war. Diese Kranken wurden auf die Hospitäler und Armenhäuser verteilt. Das Leprosorium selbst wurde späterhin für andere Zwecke verwendet. Während seit dieser Zeit die Lepra nur sporadisch aufgetreten ist, hat sie im letzten halben Jahrhundert, besonders in den letzten 25 Jahren, wieder von sich reden gemacht und zur Errichtung von Leproserien geführt. Das Abklingen der Lepra durch die Isolierungsmafsregeln des 17. Jahrhunderts ist ein deutlicher Fingerzeig für die Richtung, in welcher sich jede Prophylaxe zu bewegen hat.

Hopf-Dresden.

Mykosis fungoides, von MAX WOLTERS. (*Bibl. med.* Abt. DII. Heft 7. Stuttgart, 1899. Erwin Nägele.) WOLTERS unternimmt es in seiner schönen Monographie, uns ein klares, scharfumrissenes Bild der Mykosis fungoides zu geben; zu dem Zwecke befafst er sich zunächst mit der Vergangenheit und giebt, anfangend mit ALIBERT, der den ersten Fall beschrieb, eine historische Übersicht über die bisher veröffentlichten Fälle und über die Ansichten der Autoren; danach haben sich vier Auffassungen der Mykosis fungoides gebildet, und zwar sieht man sie an als Sarkom, als Lymphadénie cutanée, als Granulationsgeschwulst oder als durch irgend einen Infektionsträger hervorgerufene entzündliche Dermatose. Das Symptomenbild der Mykosis fungoides, ein äufserst mannigfaltiges, oft rasch wechselndes, hat sich im Laufe der Zeit, zuerst durch BAZIN, etwa in folgendes Schema fassen lassen. Erste Periode: Stadium eccematosum, juckende, schuppende Flecken, die vergehen und an gleicher oder anderer Stelle wieder auftreten können. Nach Monaten und Jahren beginnt die zweite Periode (Période lichénoide): harte, dunkelrote, scharfbegrenzte, flache Erhabenheiten, die konfluieren und kleine Plateaus bilden können; endlich dritte Periode (Période mycofongoide): grofse, harte, glatte Knoten, die zu gröfseren gelappten Tumoren konfluieren, oft weich werden und verschrumpfen oder exulcerieren, entweder durch äufseren Insult oder durch centrale Erweichung. Als vierte Periode kann man das Stadium der Kachexie anfügen. Daneben wird eine Mykosis fungoides d'emblée beschrieben, doch mufs man mit KÖBNER diese negieren, wenn nur Tumoren ohne jedes andere Symptom vorhanden sind. Zum Krankheitsbilde der Mykosis

fungoides gehört eben neben den Tumoren die aufserordentliche Multiformität der Efflorescenzen mit ihrem Kommen und Gehen und mit starkem Pruritus. Im Anschluſs hieran bespricht Wolters eine Reihe von Erkrankungen, die von den Autoren der Mykosis fungoides angegliedert sind, deren Zugehörigkeit aber nicht erwiesen ist. Erythrodermie prémycosique, Dermatite chronique exfoliante etc. etc. Es folgt sodann die Mitteilung der Krankengeschichten; acht Fälle sind es, auf die Wolters seine Untersuchungen basiert, zum Teil schon früher von Doutrelepont (*Klin. Jahrb.* II. 1890) publiziert, und nun von Wolters bis auf die Gegenwart weiter beobachtet, zum gröſseren Teile neue Beobachtungen, veranschaulicht durch sehr schöne Photographien. Wir sehen von einem Auszug aus den Krankengeschichten ab. Die Hautsymptome der Mykosis fungoides beginnen mit flüchtigen Erythemen, die kommen und gehen, jucken, schuppen, manchmal mehr urticariaähnlich sind, in anderen Fällen wie trockenes Ekzem aussehen, jedenfalls aber ohne jedes spezifische Merkmal sind. Fangen die befallenen Hautstellen an sich zu infiltrieren, so liegen schuppende, mehr oder weniger circumscripte Infiltratscheiben in der Haut, die nässen und sich mit Krusten und Borken bedecken können. Die Tumoren entstehen dann in der Regel aus schon vorhandenen Efflorescenzen, die sich allmählich mehr erheben, bis ein halbkugeliger Tumor die Oberfläche überragt. Durch Schwinden und Einsinken der centralen Teile können ringförmige Bildungen entstehen. Die Tumoren treten meist schubweise auf, wobei ein Teil sich wieder involviert. Allmählich pflegt dann das Stadium ulcerationis einzutreten, wobei durch sekundäre Infektion oft sehr tiefgreifende Geschwüre entstehen. Von Allgemeinerscheinungen ist die augenfälligste die allgemeine Drüsenschwellung: es schwellen nicht nur die den befallenen Stellen nächstliegenden Drüsen durch sekundäre Infektion; ferner findet man eine oft beträchtliche Zunahme der weiſsen Blutkörperchen, oft auch Anämie ohne leukocytären Befund. Schwellung der Leber und Milz, intensives Fieber, Magenstörungen, gegen das Ende treten heftige Durchfälle, Schweiſse auf. Endlich ist fast allgemein das heftige Jucken als erstes Allgemeinsymptom beschrieben. Der Verlauf der Erkrankungen ist fast in allen Fällen der gleiche, nach 2—3 Jahren (denn bis zu 30 Jahren ist beobachtet) treten mit den ulcerativen Prozessen Zerfall der Tumoren und Kachexie und damit der Exitus letalis ein. Zu bemerken ist, daſs zwei Fälle von Doutrelepont seit 14 Jahren ohne Zeichen von Kachexie bestehen. Über die Ätiologie herrscht völliges Dunkel. Die gefundenen Mikroorganismen sieht Wolters, wie die meisten Autoren, als sekundär eingewandert an. Sektionsbefunde liegen nur in geringer Menge vor und ergeben nichts Spezifisches. Es folgt nun eine ausgedehnte Abhandlung über die Histologie der Mykosis fungoides, speziell ihrer einzelnen Erscheinungsformen, die besser im Original nachgelesen wird. Hervorheben möchte ich hier nur, daſs Wolters die Rundzellenanhäufungen, die sich in allen Stadien finden, als aus Lymphocyten bestehend ansieht; es kommen zwei Formen, kleinere und gröſsere, vor, beide mit chromatinreichem Kern; ferner finden sich stets bald reichlich, bald spärlich Unnasche Plasmazellen, die aus Lymphocyten hervorgegangen sind. Riesenzellen sind von einigen Autoren beobachtet. Doutrelepont macht auf die Vielgestaltigkeit der Mastzellen aufmerksam. Das Reticulum, das von französischen Autoren so viel erwähnt wird, besteht aus Fasern des auseinandergedrängten Bindegewebes, in das die Zellen eingestreut sind. Interessant ist, daſs Wolters einen abgeheilten Tumor untersuchen konnte, der histologisch ganz das Bild des Erythemflecks bot. Wolters faſst seine histologischen Untersuchungen dahin zusammen, daſs die Mykosis fungoides einen Infiltrationsprozeſs darstellt, der mit Ödem und Dilatation der Lymphgefäſse beginnend, zwischen den Bindegewebsfibrillen statthat, nach und nach zunimmt unter Alteration und Degeneration der Gefäſse, unter leichter Wucherung des Bindegewebes,

der dann unter Umständen sich zum Tumor entwickelt, rückläufig wird und abheilt oder zu Zerfall und Vereiterung führt. Der gleiche Prozeſs spielt sich in Schleimhaut, Drüsen und inneren Organen ab. Es fehlt jegliches spezifisches Merkmal. Was nun die Pathogenese und Natur der Erkrankung anbelangt, so verwirft WOLTERS die Deutung der Mykosis fungoides als Lymphadénie cutanée, ebenso die Sarkomtheorie und die Auffassung als infektiöse Granulationsgeschwulst; er betrachtet sie als eine chronische Allgemeinkrankheit, eventuell entzündlich-infektiöser Natur, analog der Lues und der Tuberkulose, verwandt mit Mykosis fungoides d'emblée und mit Lymphodermia perniciosa, die sich früher oder später mit Pseudoleukämie oder Leukämie komplizieren kann. Die Prognose ergiebt sich aus dem Mitgeteilten; die Krankheit nimmt einen langsamen, aber stetig progredienten Verlauf, der mit Intermissionen und gelegentlichen Besserungen allmählich zum Tode führt. Daſs bei einer solchen langdauernden Krankheit jegliches Mittel therapeutisch versucht ist, ist nicht zu verwundern; viel und mit gutem Erfolg gebraucht ist der Arsenik, als Pillen, Tropfen oder subcutane Injektionen. Er wirkt prompt auf Infiltrate, Tumoren und Drüsen, die sich unter seinem Einfluſs rasch resorbieren. Leider schützt diese Behandlung nicht vor Recidiven, oft muſs auch wegen allgemeinen Schwächezustandes oder wegen Auftretens von Durchfällen die Therapie ausgesetzt werden. — Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche, vor allem sind die Lichtdrucke nach Photographien der Patienten vortrefflich und plastisch. *F. Hahn-Bremen.*

Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung, von JESSNER-Königsberg. (Würzburg, 1899. A. Stubers Verlag.) In ausgezeichnet klarer und übersichtlicher Weise behandelt der Verfasser, dessen Name rühmlichst bekannt ist, den in kosmetischer Hinsicht für das groſse Publikum so auſserordentlich unliebsamen Schwund der Haare, mag er nun auf konstitutioneller, mikrobieller, nervöser oder traumatischer Grundlage beruhen. Hinsichtlich des Zeitpunktes der Erkrankung unterscheidet JESSNER eine Alopecia adnata, senilis und praematura. Hinsichtlich der Ätiologie gruppiert er die verschiedenen Formen des Haarausfalles folgendermaſsen:

Alopecia seborrhoica.

Alopecia areata.

Alopecia mycotica: trichophytica, favosa.

Alopecia symptomatica 1. im Gefolge von mit Gewebszerstörung verbundenen Hautleiden — Traumen, Ulcera, Lupus, Lupus erythemat., Variola, Erysipel; 2. im Gefolge von Allgemeinerkrankungen — Infektionskrankheiten, Myxödem u. s. w.

Die angeborene Alopecie ist sehr selten. Die fötalen Haare erhalten hierbei entweder nach dem Ausfallen keinen Ersatz oder das Kind kommt überhaupt haarlos zur Welt. Zuweilen tritt allmähliches Haarwachstum nach Jahren noch auf. Die Alopecia adnata läſst sich hinsichtlich ihrer Erscheinungsformen folgendermaſsen schematisieren:

Alopecia adnata non foetalis		Alopecia adnata et foetalis	
1. diffus	dauernd / vorübergehend	1. diffus	dauernd / vorübergehend
2. umschrieben	dauernd / vorübergehend.	2. umschrieben	dauernd / vorübergehend.

Die senile Alopecie ist im Gegensatz dazu ein förmlich physiologischer Vorgang, hinsichtlich dessen Einsetzen allerdings Konstitution, Vererbung und Lebensweise mit sprechen.

Die seborrhoische Alopecie, die ohne Zweifel die häufigste Ursache des Haarverlustes darstellt, teilt JESSNER in eine diffuse chronische Form und eine circum-

scripte akute oder subakute Form. Beide beruhen auf entzündlichen Vorgängen. Was die Ätiologie betrifft, so ist es fraglich, ob UNNAS Flaschenbacillen und Morokokken als spezifische Faktoren gelten dürfen; dies muſs noch bezweifelt werden, da beweisende Impfungen fehlen. Gegen SABOURAUDS Theorie von der Aetiohomogenität der verchiedenen Seborrhoeerreger sprechen gewichtige klinische Momente. Quoad therapiam verspricht die akute Form der Alopecia seborrhoica mehr Erfolge als die chronische. Der wichtigste Teil der Therapie ist vielmehr die Prophylaxe, nämlich eine vernünftige Pflege der Kopfhaut. Verfasser bespricht die Art und Weise der rationellsten Behandlung des Kopfes und seines Haarwuchses. Der Erfolg jeglicher Therapie liegt weniger im Mittel, als in seiner konsequenten rationellen Anwendung. Die gebräuchlichen Antiseborrhoica sind ja allgemein bekannt, bedürfen also hier nicht näherer Aufzählung. Verfasser scheint jedoch nach Ansicht des Referenten die ganz frappanten Wirkungen des EICHHOFFschen Captols zu unterschätzen, das als eines der besten Heilmittel gegen Seborrhoe des Kopfes gelten darf.

Es würde den Rahmen des Referates überschreiten auf die Therapie der Alopecia areata, mykotica und constitutionalis näher hier einzugehen. Das Verdienst muſs man dem Verfasser jedenfalls zuerkennen, daſs sowohl die Besprechung der Ätiologie wie der Therapie für den allgemeinen Praktiker alles Wissenswerte in handlichster Form darbietet. *Hopf-Dresden.*

Die nervösen Erkrankungen der Blase, von L. VON FRANKL-HOCHWART und O. ZUCKERKANDL. (XIX. Band, II. Teil, 1. Heft der *Spez. Pathol. u. Ther.* von NOTHNAGEL. Wien, 1898. Alfred Hölder.) Wie die beiden Autoren in der Vorbemerkung schon angeben, kann die Erörterung des Themas zum Teile nur eine schematische sein, da die nervösen Blasenstörungen nur Symptome anderer Grundkrankheiten sind; das direkte Substrat zum klinischen Teile dieser Arbeit bilden ca. 200 Fälle, welche im Verlaufe der letzten vier Jahre an der Klinik NOTHNAGEL beobachtet wurden. Die physiologische Einleitung bringt nach kurzer Beschreibung der Blasenmuskulatur als zweites Kapitel die Art des Verschlusses der Blase und die Blasenmotilität, wobei alle bis jetzt aufgestellten Theorien über die Thätigkeit des Detrusor und Sphinkter, sowie über die Innervation der Blasenmuskulatur erörtert werden, und als drittes Kapitel die Blasensensibilität und Harndrang; unter den drei Theorien, von welchen die eine besagt, daſs der Harndrang zu stande kommt, wenn Flüssigkeit an die Schleimhaut der pars prostatica tritt, die zweite die Dehnungstheorie, durch viele deutsche Autoren vertreten, und die dritte die sogenannte Kontraktionstheorie ist, erscheint FR. und Z. die letztere die plausibelste; sie stammt von GUYON, vereinigt sich gewissermaſsen mit der zweiten und besagt, die Harnblase antworte immer mit Harndrang, wenn ihre Wand gedehnt wird, der Dehnung folge unmittelbar die Kontraktion und dieser der Harndrang. Eigene Versuche, welche die Autoren über die Druckverhältnisse in der Blase anstellten, sind hier noch beigefügt und mit Illustrationen erläutert. Der II. Abschnitt des Buches behandelt die allgemeine Symptomatologie, welche in sechs Kapitel eingeteilt ist: 1. die sensiblen Anomalien der Blase (Schmerzen, Steigerung und Herabsetzung des Harndranges); diagnostisch ist eigentlich bloſs letztere verwertbar und ein Symptom, welches für ein spinales Leiden, besonders Tabes, ferner Transversalmyelitis, Hämatomyelie u. s. w. spricht. Ebenso verhält es sich mit 2. Dysuria nervosa (Krampf oder Blasenlähmung), welche bei Neurasthenie und Hysterie hingegen selten sein sollen. 3. Die Harnretention und 4. die Inkontinenz (Harnträufeln und Harnbruch); das Harnträufeln ist ebenfalls ein Zeichen für in spinales Leiden, der sog. Harnbruch, wie zwei angeführte Fälle beweisen, für

schwere Querschnittserkrankungen. Mit 5, der ausdrückbaren Blase, sind gewöhnlich 3. und 4. verbunden und gleichzeitig Fehlen der Reflexe (Tabes und akute Erkrankungen des Rückenmarks). Als 6, Komplikation, ist bei all diesen Zuständen vor allem Cystitis zu erwähnen. Der III. Abschnitt umfafst den speziellen Teil und sind in einzelnen Kapiteln die verschiedenen Erkrankungen des Nervensystems kurz besprochen, bei welchen Blasenstörungen vorkommen. Von 1, den anatomischen Erkrankungen, nimmt die Tabes wieder die erste Stelle ein und den Conus-Cauda-Erkrankungen ist unter Anführung von vier Fällen mit einer Reihe von Zeichnungen von den Verfassern spezielle Aufmerksamkeit gewidmet. Auf weitere Einzelheiten bezüglich dieser Rückenmarksläsionen, welche wohl hauptsächlich für den Nervenspezialisten Interesse haben dürften, kann hier nicht eingegangen sein; es sei nur noch erwähnt, dafs die Blasenstörungen wie bei diffusen Rückenmarkskrankheiten auch bei den syphilitischen Wirbelerkrankungen und bei den verschiedenen Formen der spinalen Syphilis vorkommen können, ebenso bei Neuritis simplex und cerebralen Erkrankungen. Die zweite Gruppe des speziellen Teiles bilden die Blasenstörungen bei den Neurosen: Neurasthenie, Hysterie und Enuresis nocturna (infantum); bei der erstgenannten sind sehr häufig sexuale Zustände, wie Ejaculatio praecox, Pollutionen, Spermatorrhoe, Impotenz gleichzeitig vorhanden. Die Diagnose der hysterischen Retention resp. Inkontinenz wird gewöhnlich aus dem Mangel anderer Symptome von sicherer anatomischer Provenienz erschlossen, sowie aus dem Nachweise des hysterischen Wesens, der Stigmata u. s. w. Eine befriedigende Erklärung über die Ursache und das Wesen der Enuresis infantum vermögen auch Fr. und Z. nicht zu geben; schwierig soll oft die Unterscheidung sein, ob es sich um einfache Enurese oder epileptische Inkontinenz handelt; letztere wird durch Darreichung von Brom oft auffallend gebessert; beide Zustände sollen übrigens oft gleichzeitig bestehen. Der IV. Abschnitt behandelt in kurzem die Prognose der nervösen Blasenstörungen, welche natürlich stets von der Art des Grundleidens abhängt. Dasselbe ist im allgemeinen der Fall mit V., der Therapie. Das erste Kapitel dieses Abschnitts bespricht die Technik der Lokalbehandlungen: a) Einführung von Kathetern und Sondern, b) die lokalisierte Elektrisation, welche meist mit dem faradischen Strome gegen die Schmerzen, Anästhesien, Krämpfe, bei Paresen und Inkontinenzen zur Anwendung kommt, c) Hydrotherapie, d) Mechanotherapie (schwedische Heilgymnastik) und e) medikamentöse Therapie. Aus dem zweiten Kapitel (therapeutische Indikationen) sei des wichtigen Umstandes gedacht, dafs die meisten der männlichen Blasenneurastheniker mit Tripper oder dessen Residuen behaftet sind und daher oft lokale Behandlung erfordern. Das Schlufskapitel betrifft die Therapie der Komplikationen (Cystitis, Pyelitis etc.) Die Lektüre des vorliegenden Buches bietet so genug des anregenden Stoffes und dürfte ein guter Wegweiser sein für differentialdiagnostisch schwierige Fälle, ob die Erkrankung der Blase rein lokal oder auf allgemeine Störungen zurückzuführen ist.

Stern-München.

Die lokalen Erkrankungen der Harnblase, von Otto Zuckerkandl. (XIX. Band, II. Teil, 2. Heft der *Spez. Pathol. u. Ther.* von Nothnagel. Wien, 1899. Alfred Hölder.) Das vorliegende, 269 Seiten starke Werk bildet mit den „nervösen Blasenstörungen" den II. Teil des XIX. Bandes von Nothnagels bekanntem Sammelwerke und ist inhaltlich in zwei Hauptteile, einen allgemeinen und einen speziellen, geschieden. Das I. Kapitel des allgemeinen Teiles bringt einleitende Bemerkungen zur Anatomie und Topographie der Blase, das II. Kapitel die physikalischen Untersuchungsmethoden der Blase; bei Besprechung der Narkose bei lokalen explorativen Eingriffen erwähnt Z., dafs er

das Kokain wegen der schweren Vergiftungen, welche in den letzten Jahren bekannt geworden sind, als lokales Anästhetikum der Harnröhre völlig verlassen hat. Neben der Untersuchung der Blase mit der Metallsonde, weichen Bougies und dem Katheter ist die Endoskopie eingehend besprochen und als wichtigste Indikationen für die Vornahme derselben sind angegeben: Hämaturie, Pyurie, unklare vesikale Symptome, seltener Steine, Fremdkörper der Blase und Hypertrophie der Prostata. Auch die Katheterisierung der Harnleiter, welche, namentlich durch Nitze und Casper gefördert, in den letzten Jahren steigender Anerkennung sich erfreut, und besonders für die Diagnostik der Nierenkrankheiten von Wichtigkeit ist, wird des näheren unter Besprechung des Instrumentariums gewürdigt. Das III. Kapitel des allgemeinen Teiles enthält die Symptomatologie, bei welcher lokale und allgemeine Erscheinungen und weiterhin gewisse Veränderungen des Harns in Betracht kommen. Die Anomalien des Harndranges, wie Pollakiurie, Störungen der Harnentleerung, Schmerzen, ferner akute und chronische Harnverhaltung gehören zu den erstgenannten, denen sich das Harnträufeln als Symptom der Harnverhaltung, nicht nur aus nervösen, sondern auch anatomischen Erkrankungen der Harnblase anschliefst. Von den allgemeinen Symptomen sind fieberhafte Erscheinungen, wie überhaupt Zeichen der Infektion und Intoxikation (Störungen im Bereiche der Verdauung, wie am Cirkulationsapparate, dyspnoische und selten cerebrale Erscheinungen) im Zusammenhang mit Blasenerkrankung hervorgehoben. Die pathologischen Veränderungen des Harns bilden das weitere IV. Kapitel; es kommt in erster Linie die Hämaturie, deren oft so schwierige Deutung hervorgehoben wird und deren Ursprungsstelle oft erst durch die verschiedensten diagnostischen Mittel zu erkennen ist. Bei der Pyurie genügt sehr oft die Untersuchung des Harns allein nicht, um die Ursache der Eiterung festzustellen, sondern es müssen der Reihe nach alle Untersuchungsmethoden, einschliefslich der Nierenpalpation und der Cystoskopie zur Anwendung kommen. Die Bakteriurie, Trübung des Harns ohne Anwesenheit von Eiter ist ein Symptom, welches nach Z. in der gewöhnlichen Praxis häufig verkannt wird, meist durch das Bacterium coli commune verursacht, aber sehr schwierig zu deuten ist, wenn gleichzeitig Hämaturie oder chronisch entzündliche Prozesse der Prostasta, der Samenblasen oder der Urethra bestehen. Pneumaturie, d. h. Entleerung freien Gases mit dem Harne, kann bei abnormer Kommunikation zwischen Darm und Blase, Zersetzung des Harns in der Blase selbst, besonders bei Diabetes, vorkommen und es kann auch atmosphärische Luft bei Blaseninjektionen, bei Dilatationen der weiblichen Harnröhre u. s. w. in die Blase gelangen. Die Hydrothionurie, d. h. Ausscheidung von SH_2 mit dem Harne, ist ein nur untergeordnetes Symptom bei gewissen Formen von Infektion der Harnwege und findet sich zuweilen bei Cystitis leichten oder schweren Grades, bei Pyelitis, renalen Eiterungen und bei der einfachen Bakteriurie; der Harn kann dabei klar oder getrübt sein. Am Schlusse der einzelnen Abschnitte ist die Therapie dieser verschiedenen Zustände in kurzem berührt, sie beschränkt sich der Hauptsache nach auf die Beseitigung der kausalen Momente, bei Pyurie sind die innerlich zu gebenden Harnantiseptica Salol, Methylenblau, Urotropin empfohlen. Der spezielle Teil des Buches enthält als I. Kapitel die Bildungsfehler der Blase und als II., wohl wichtigstes, die Entzündungen derselben. Die geschichtliche Einleitung bildet einen sehr interessanten Beitrag zur Lehre dieses Krankheitsbildes überhaupt, die historische Entwickelung derselben geht aus von dem früheren Standpunkt des Chemismus der Harnzersetzung, bis nach Pasteur (1859) die bakteriologische Aera beginnt, welche auch für die Ätiologie der Cystitis eine besonders in den letzten 10—15 Jahren durch französische und deutsche Forscher immer mehr bewiesene Rolle spielt. Bei der Ätiologie der Cystitis stellt daher Zucker-

KANDL an die Spitze seiner Besprechung den Satz, daſs jede Entzündung der Blase mikrobischen Ursprungs ist. Die Infektion erfolgt auf urethralem, renalem Wege, und drittens durch direkte Ablagerung der Keime in das Gewebe der Blasenschleimhaut (durch embolische Infektion und aus benachbarten Eiterherden). Die Anwesenheit der Keime allein genügt aber durchaus nicht zum Zustandekommen einer Entzündung, sondern es bedarf daneben noch lokaler Veränderungen, wie Traumen, kongestiver Zustände, Harnverhaltung u. a. m. Die Einteilung der Blasenentzündungen wurde von verschiedenen Gesichtspunkten aus vorgenommen, vom pathologisch-anatomischen, von der Dauer, Art der Infektion u. s. w.; Z. neigt in dieser Beziehung der Ansicht von GUYON zu, die zwar vielfach als unwissenschaftlich angefochten worden sei, aber sich für die Praxis am geeignetsten erweise; derselbe unterscheidet: die Tripper-, die tuberkulöse Cystitis, die Blasenentzündungen bei Stein, bei Strikturen der Harnröhre, bei Prostatahypertrophie und bei Geschwülsten der Blase, sodann die Cystitis der Frauen, die schmerzhaften Formen der Cystitis, die Cystitis membranacea, und als ganz spezielle Form fügt Z. noch die infantile Spontancystitis hinzu. Zur Diagnose der Cystitis wird besonders der Cystoskopie gedacht, weiterhin natürlich der Beschaffenheit des Harns (besonders zur Unterscheidung von Urethritis posterior) neben den übrigen bekannten Symptomen der Blasenentzündung. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Harns findet sich am häufigsten das Bacterium coli, ohne daſs es jedoch feststeht, daſs dasselbe wirklich der Erreger der Cystitis ist. Der zweithäufigste Mikroorganismus ist Proteus HAUSER, welcher im allgemeinen von höchst ungünstiger prognostischer Bedeutung sein soll, ferner Streptococcus pyogenes, Staphylokokken, Tuberkelbacillen, Gonokokken, deren letzterer Fähigkeit, Blasenentzündungen zu erzeugen, lange angefochten war, aber besonders nach WERTHEIMS stringenten Befunden nun unzweifelhaft ist. Von den Komplikationen der Cystitis seien hier nur erwähnt die Schrumpfblase und als wohl sehr seltener Ausgang eiterige Infiltration der Blasenwand, paravesikale Phlegmone mit der Möglichkeit der Perforation in die freie Bauchhöhle. Ausgänge der Cystitis, prognostische Bemerkungen, sowie die anatomischen Veränderungen bei Blasenentzündungen sind in weiteren zwei Kapiteln besprochen. Eingehender ist die Therapie der Blasenentzündungen behandelt; es sei hier nur erwähnt, daſs Z. gegen akute Cystitis vor allem Salol, ziemlich warm aber auch Methylenblau (0,1—0,5 pro dosi, 1,0 pro die) und Urotropin (2,0—5,0 pro die) als innerliche Mittel empfiehlt. Bei chronischer Cystitis kommen zu Injektionen resp. Instillationen vor allem Argentum nitricum in entsprechender Konzentration, Sublimat und Pyoktanin für Z. in Betracht; innerlich scheint ihm auch hier, besonders bei gleichzeitig vorhandener Retention, Urotropin (0,5 täglich 3 mal) das Mittel der Zukunft zu sein. Die JANETschen Spülungen werden auch für die chronische Cystitis schlieſslich noch empfohlen und dürften nach des Referenten Ansicht sowohl bei dieser wie bei der chronischen Urethritis posterior ihre Hauptdomäne haben. Das III. Kapitel des speziellen Teiles bringt der Reihe nach eine kurze Beschreibung der einzelnen Formen von Cystitis, wie es die obige Einteilung nach GUYON ergiebt. Weitere Kapitel bilden die Steinkrankheit (IV.), die Neubildungen der Blase (V.) und die Entozoën der Blase (VI.); näher auf diese einzugehen, verbietet der Rahmen eines Referates. Den Schluſs des lesenswerten Buches bildet ein auſserordentlich reichhaltiges Litteraturverzeichnis, welches bis auf das Jahr 1640 zurückgreift. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über einen eigentümlichen Fall von Staphylokokken-Infektion, von H. Wohlgemuth. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 36.) Bei einem 56jährigen Patienten, der vor 30 Jahren an Blennorrhoe und Epididymitis litt und im Juli 1892 eine Hämorrhoiden-Operation durchmachte, traten nach einem Katheterismus plötzlich eine foudroyante Urethritis und Cystitis auf, die nach Höllensteinspülungen scheinbar heilten. Im Laufe der nächsten 5 Jahre entwickelte sich nun ein sehr vielgestaltiges Krankheitsbild: Linksseitige Epididymitis, Phlegmone des linken Sternoklavikulargelenks mit konsekutiver Neuralgie des Plexus brachialis, Nackensteifigkeit, Glutäalabscefs, Spondylitis des vierten und fünften Dorsalwirbels, eitriger, dann blutiger Auswurf, Auftreten von Gefäfsneurosen (Inpetion der Hautvenen der Brust, Cyanose der Fingernägel, Erscheinungen von lokaler Synkope an den Fingern), Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, wo eine fluktuierende Resistenz nachweisbar war. Unter Symptomen von Kompressionsmyelitis traten heftige Interkostalneuralgien auf. Aus einer incidierten Phlegmone des Oberschenkels entleerte sich reichlicher, graugrünlicher Eiter, dessen bakteriologische Untersuchung Reinkulturen von Staphylococcus albus ergab. — Verfasser glaubt, dafs der absolut chronische, nur hin und wieder von akuten Exacerbationen unterbrochene Verlauf, der fast ohne jede Temperatursteigerung sich abspielte, am besten als Staphylomykosis multiplex metastatica chronica nach Kocher zu bezeichnen sei. *I. Bloch-Berlin.*

Über Spülbehandlung der unteren Harnwege, von Schwerin. (*Therap. Beilage Nr. 12 der Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 48.) Verfasser betont, dafs die von Behagel beschriebene Modifikation des Janetschen Verfahrens (statt des Irrigators Gebrauch einer gröfseren Blasenspritze) bereits von vielen Anhängern der Spülbehandlung angewendet wird. Vor allem lobt er dies Verfahren bei gleichzeitigem Bestehen von blennorrhoischer Cystitis und Prostatitis, da es die Empfindlichkeit der Prostata sehr schont. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen über technische Verbesserungen, von H. Lohnstein. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 62.) 1. Eine Instrumententasche für die urologische Praxis. Auf Veranlassung des Verfassers hat die Medizinisch-Polytechnische Union Ernst Lentz & Co., Berlin N., eine Instrumententasche für urologische Zwecke aus waschbarem Zeug angefertigt, welche alle in Betracht kommenden Instrumente in kompendiösester und doch übersichtlicher Form zusammen vereinigt. Die Tasche zerfällt in drei Abschnitte, zwei Seitenteile und einen Mittelteil. In dem ersten Seitenabschnitt befinden sich Fächer für 5% Höllensteinlösung, Paraffin, 1% Kokainlösung und Lysol (alle in von einem Nickelcylinder umgebenen Glascylindern von 30 ccm). Aufserdem haben hier zwei gröfsere Katheterbehälter aus Celluloid (Nélaton-, seidene Katheter mit Olivenende und Mercierkatheter, filiforme Führungssonden, Leitsonde für den Le Fortschen Dilatator, Fischbeinbougies für Goulleys Strikturenkatheter) und Seife und Nagelbürste Platz gefunden. Der andere Seitenbehälter enthält mehrere Metallkatheter von verschiedener Krümmung, zwei von schützender Metallhülse umgebene Glasspritzen für Urethra und Blase. In dem

Mittelfache befindet sich ein aus weichem Gummi angefertigtes, 40 cm langes, je 6 cm hohes und breites Gefäfs zur Bereitung der Lysollösung und Aufnahme der Instrumente vor dem Gebrauch, ferner ein schmaler Leinwandbehälter zur Aufbewahrung der Instrumente nach dem Gebrauch.

2. Ein Universal-Instrument zur Behandlung der Harnretention bei Strikturen und Prostatahypertrophie. Das Instrument besteht aus einem Katheter von mäfsiger Stärke mit relativ grofsem, in der Konkavität befindlichem Fenster. Distal von demselben befindet sich ein Schraubengang, auf den man entweder einen stumpfcylindrischen, flachgebogenen Ansatz von 2 cm Länge oder ein konisch zulaufendes, seinerseits in einem Schraubengange endendes Schaltstück aufschrauben kann. Erstere Vorrichtung wird bei Prostatahypertrophie, die letztere bei Strikturen benutzt. *I. Bloch-Berlin.*

Kongenitale Abwesenheit der Glans penis, von Ira E. Atkinson-Dodge, Neb. (*New York med. Journ.* 5. Nov. 1898.) Es handelte sich um einen 40jährigen Mann, welcher ärztliche Hülfe aufsuchte, in dem Glauben, ein abnorm langes Präputium zu haben, das ihn hinderte, einen vollen Strahl Urins zu lassen, und weil er glaubte, beim Coitus nicht dasselbe Wollustgefühl zu haben wie andere Männer. Wurzel und Körper des Gliedes waren von normaler Länge und Umfang, die corpora cavernosa und das corpus spongiosum endeten in einen kegelförmigen Stumpf; die Vorhaut war ziemlich lang, deren inneres Blatt glich jedoch nicht normaler Schleimhaut, ausgenommen in einer Entfernung von etwa 3 mm von ihrer Vereinigung mit der Harnröhrenschleimhaut. Die Harnröhre hatte ihre normale Stellung im Gliede und endete mit einer runden Offnung nahe dem Centrum von dessen Ende. Beim eifrigen Studium verschiedener Werke über Anatomie, Chirurgie und Geschlechtskrankheiten fand A. in keinem derselben einen derartigen angeborenen Defekt erwähnt.

Stern-München.

Über die Circumcision nach der Methode Rebreyends, von Loumeau. (*Ann. de la Policlin.* 1899. No. 1.) Der Verfasser kann auf Grund eigener Erfahrungen die von Rebreyend in den *Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* (1898, Heft 1) angegebene Art der Circumcision aufs wärmste empfehlen: sie ist sehr einfach und giebt vorzügliche und gleichmäfsige Resultate. Das Referat über Rebreyends Arbeit findet sich in den *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 26, pag. 456. *Götz-München.*

Eine neue Operation der Hypospadie der Eichel nach Bardenheuer, von Breuer. (*Centralbl. f. Chir.* 1898. No. 44.) Bardenheuer geht bei der Operation der Hypospadie, da die Methoden von Thiersch, Argento, Beck nicht genügen, folgendermafsen vor: Ablösung der Penishaut an der unteren Seite, Loslösen und Mobilisieren der Urethra bis zur Mitte der Pars pendula. Durchstechen eines Troicards durch die Corpora cavernosa der Eichel von der Spitze nach der Gegend der früheren Urethralöffnung. Durchziehen der mobilisierten Harnröhre durch diesen Kanal und Festnähen an der Peniskuppe. Längsnaht der Penishaut. Der Erfolg ist ein vollkommener. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Harnröhrenentzündung durch Radfahren, von Robinson-Duluth. (*Med. News.* 1. Okt. 1898.) An der Hand von 5 Fällen verweist Verfasser auf die schädlichen Folgen, die das Radfahren auf hochfirstigen Bicyclesätteln für hintere Harnröhre und Vorsteherdrüse, sowie den Blasenhals hat. Dabei gilt als Einschränkung, dafs diese Organe nur dann von obigen Schädlichkeiten affiziert werden, wenn sie früher einmal von einer blennorrhoischen Erkrankung heimgesucht waren oder die Schleimhaut sich in durch krystallinische Harnausscheidungen gereiztem Zustande befindet.

Hopf-Dresden.

Hauttransplantation in Fällen von hochgradigen traumatischen Defekten an Scrotum und Penis, von N. Senn-Chicago. (*Philad. med. Journ.* 5. Nov. 1898.) Es ist bekannt, dafs selbst ausgedehnte Hautdefekte am Scrotum traumatischer oder gangränöser Natur in relativ kurzer Zeit meist völlig heilen und die Resultate nicht schlechter sind als mit Reverdins oder Thiershs Transplantation. In Anbetracht dessen, dafs die äufseren Geschlechtsteile an allen Seiten reichlich von sehr lockerer Haut umgeben sind, welche gut zu plastischen Operationen sich eignet, wundert sich S., dafs die Chirurgen aus dieser günstigen anatomischen Umgebung noch keinen Vorteil gezogen haben, um frische, ausgedehnte Hautdefekte traumatischen Ursprungs an Scrotum und Penis zu decken. Der Fall, welchen S. des näheren beschreibt, betraf einen 33jährigen Arbeiter, der, auf einer Leiter stehend, von der Transmission erfafst und 10 Fufs tief zu Boden geschleudert wurde; es wurden ihm dabei sämtliche Kleider vom Leibe und damit die ganze Haut der äufseren Geschlechtsteile weggerissen, so dafs der ganze Mons veneris und der Penis von Haut entblöfst, der linke Samenstrang und die Gefäfse nahe dem äufseren Inguinalring abgerissen waren. Nach den nötigen Unterbindungen ging S. so vor, dafs er in zwei Sitzungen aus der oberhalb befindlichen Bauchhaut zuerst den Substanzverlust des Penis und dann den übrigen direkt deckte. Zum genaueren Verständnis der ausführlich beschriebenen Operation sind die beigegebenen drei Zeichnungen unerläfslich. Der Patient verliefs nach 2 Monaten völlig geheilt und sehr befriedigt über den erzielten Erfolg das Spital.

Stern-München.

Über spontane akute Gangrän der Haut des Penis und des Scrotums und über plastischen Ersatz der ganzen Penishaut von Josef Sorgo. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 49.) Von Fournier ist zuerst auf die akute foudroyante Gangrän der Scrotum- und Penishaut als selbstständiges Leiden hingewiesen worden. Plötzliches Einsetzen ohne jede nachweisbare Veranlassung oder Läsion bei kräftigen Individuen, heftige Allgemeinerscheinungen, Rötung und Schwellung mit Ausgang in Gangrän, Ausgang meistens in Heilung mit ausgedehnten Narben kennzeichnen das Leiden. Bóna hat dasselbe mit dem Erysipelas gangraenosum identifiziert, der Verfasser will das nicht für alle Fälle als berechtigt anerkennen. Er beschreibt einen ähnlichen Krankheitsfall, der unter Incisionen heilte; später wurde die zerstörte Haut des Penis durch einen Lappen aus der Bauchhaut mit gutem Endergebnisse ersetzt. Die bakteriologische Untersuchung ergab einen Coccus und das Bacterium fluorescens liquefaciens. Nur eine Kultur beider Mikroorganismen erwies sich bei Mäusen als pathogen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Wert der Elektrolyse bei der Behandlung der Urethritis chronica glandularis, von G. Theodore Mundorff-New York. (*Med. Record.* 20. Aug. 1898.) Nach dem Beispiele von Oberländer teilt M. die chronische Urethritis in eine glanduläre und infiltrative; bei letzterer ist die Schleimhaut der Sitz der chronischen Entzündung, bei ersterer hat man es vor allem mit Entzündung und Schwellung rings um die Mündung der Littréschen Drüsen und der Morgagnischen Krypten zu thun; viele Fälle von scheinbar unheilbarem Tripper dürften auf diese Form zurückzuführen sein. Die Unterscheidung beider und damit richtige Erkenntnis des Grundleidens ist natürlich nur mit dem Cystoskop möglich. Von den verschiedenen Mitteln, welche gegen die glanduläre Form empfohlen worden sind, scheint M. das rationellste die Elektrolyse, welche die gröfsere Zahl solcher Fälle noch zur Heilung gebracht hat. M. führt 17 derselben namentlich an, von denen 12 in der Poliklinik von Dr. Wossidlo in Berlin und 5 in der Privatpraxis behandelt wurden. Die Elektrolyse ist eine schmerzlose Operation und erfordert keinerlei Anaesthetica; manchmal folgt

ein geringes Gefühl von Brennen, jedoch nicht stärker als nach Instillation einer Agentum nitricum-Lösung. Wenn die Elektrolyse keine Heilung bringt, so ist Dilatation angezeigt, welche in manchen Fällen auch als eine Vorkur der Elektrolyse von Nutzen ist. Regelmäfsig mufs die Dilatation in den Fällen gemacht werden, wo feste und dichte Narben als Folge der Elektrolyse sich entwickelt haben. Während der Behandlung soll regelmäfsig die Harnröhre endoskopisch untersucht werden, damit der Fortschritt der Krankheit (?) unter der direkten Kontrolle des Auges stehe und eventuell die Behandlung modifiziert werden kann. Von den obigen 17 Fällen ergaben übrigens 6 völligen Mifserfolg, obwohl nach dem Fehlschlagen der Elektrolyse noch Dilatation und andere Methoden, wie die Spülungen nach Janet, Protargolinjektion u. s. w., angewandt worden waren. Bezüglich der näheren Weisung, welche M. über die elektrolytische Behandlung giebt, sei nur angeführt, dafs der Patient in einem halb nach rückwärts geneigten Stuhl sitzen mufs, die zweite Elektrode auf Perineum oder Abdomen zu legen und die erste mit der Tube bis zum Bulbus vorzuschieben ist. Kollmann rät die Stärke von 4—5 Milliampère und eine Sitzung von wenigstens 3 Minuten für jede Drüse, während es M. bei seinen Fällen durchschnittlich in 20 Sekunden gelang, eine Drüse völlig zu zerstören, und er zu lange Einwirkung sogar für gefährlich (Bildung von Strikturen) hält. Mehr als 3 Drüsen in einer Sitzung zu zerstören, ist nicht ratsam, ebensowenig wie dieselbe in kürzeren Pausen als 10 Tagen zu wiederholen, da die Reaktion stets ziemlich heftig ist; mit 2—3 Injektionen einer nicht reizenden Lösung kann die Entzündung jedoch beseitigt, im Notfall müssen noch Irrigationen mit Silberlösung (1 : 1500 bis 1 : 1000) jeden zweiten Tag gemacht werden. Anzufügen ist noch, dafs in allen Fällen M.s bis auf zwei die Anwesenheit des Gonococcus konstatiert wurde und derselbe als allgemeine Regel angiebt, alle Formen der chronischen Urethritis mit Ausnahme der hier besprochenen glandulären könnten durch regelmäfsige Dilatationen und Injektionen einer Silbernitratlösung geheilt werden. *Stern-München.*

Die Bedeutung des Harnröhrenspiegels für die Diagnose der in Taschen der Pars posterior urethrae sitzenden Harnröhrensteine, von S. Baumgarten. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 61.) Die autochthon in der Harnröhre entstandenen Steine sind phosphatischer Natur; dagegen besitzen die aus den höheren Harnwegen in die Harnröhre gekommenen und dort weiter gewachsenen Steine einen oxalsauren oder harnsauren Kern. — Der am Caput gallinaginis sich befindende Uterus masculinus, die Ductus ejaculatorii, die Ausführungsgänge der Prostata wie der beiden Cowperschen Drüsen und der Schleimdrüsen der Harnröhre, auch die Lacunae Morgagni können unter pathologischen Verhältnissen sich ausdehnen und dem Harne zur Stauung und Zersetzung Raum gewähren und damit die Steinbildung veranlassen. Ob die Littréschen und Cowperschen Drüsen in ihren Produkten durch Ausscheidung der mineralischen Substanzen Anstofs zur Steinbildung geben können, ist noch nicht erwiesen, dagegen können die Corpora amylacea der Prostata Ausgangspunkt einer Steinbildung sein. — Das Anwachsen des Steines geschieht stets in der Richtung von vorn nach hinten. Eine Mehrzahl von Steinen ist öfter beobachtet worden, besonders im prostatischen Teile der Harnröhre. Bei normaler Harnröhre setzen sich die aus den höheren Harnorganabschnitten kommenden Steine meistens in der Pars membranosa oder in der Fossa navicularis fest. — Verfasser bespricht sodann ausführlich die Methoden der Diagnostik der Harnröhrensteine (Inspektion, manuelle und instrumentelle Palpation, Radiographie). Wenn alle diese Methoden zu keiner sicheren Diagnose führen, führt mit Sicherheit die Anwendung des Harnröhrenspiegels zum Ziel, wie Verfasser bei einem Falle zu beobachten Gelegenheit hatte. — Bei dem 50jährigen

Patienten fand er mit einem Bougie à boule in der Tiefe von 5 cm eine Striktur, die nur ein Bougie No. 16 durchliefs; 13½ cm von der äufseren Harnröhrenöffnung, an der Grenze der Pars bulbosa und membranacea, fand sich eine sehr starke, nur für Bougie filiforme No. 2 permeable Striktur. Der Harn enthielt aufser Schleimfäden nichts Abnormes. Verfasser konnte die Dilatation der Striktur bis No. 18 durchführen, als er beim Zurückziehen dieses Bougies ein sehr starkes Reiben fühlte und auf demselben, 13½ cm vom äufseren Ende, zwei miteinander parallel laufende gekratzte Linien fand. Da Verfasser sofort Verdacht auf Harnröhrenstein hatte, brachte er nach wiederholten Fragen aus dem Patienten die Erklärung heraus, dafs sich schon vor Jahren hier und da im frischen Urin ein Sediment aus feinen, braunen, griesförmigen Körnern gezeigt hatte. — Zur sicheren Diagnose erwies sich die Urethroskopie als notwendig. Nach Einführung eines Casperschen Urethroskops No. 18 fand Verfasser anstatt der unteren Wand im membranösen Teil der Harnröhre einen mahagonifarbigen, schwärzlichen Körper, welcher sich sehr hart anfühlte. Es gelang nach Dehnung bis No. 24 mit der Thompsonschen Zange denselben zu extrahieren. Es war ein an der unteren Fläche abgeplatteter, oben konvexer, mit mohnkorngrofsen Erhöhungen versehener, 10 mm langer, 6—8 mm breiter Stein aus Harnsäure. — Dies wäre nach Verfasser die erste Mitteilung, wo auf Harnröhrenstein die sichere Diagnose nur mit Hülfe des Harnröhrenspiegels gemacht werden konnte. *I. Bloch-Berlin.*

Harnröhrenstein bei einem 6jährigen Kinde, von Reboul-Nimes. (*Presse méd. belge.* 1898. No. 46.) Der Stein hatte sich, wahrscheinlich aus der Blase kommend, in der Bulbärpartie der Urethra eingekeilt und zu vollständiger Harnretention mit Entzündung der Schleimhaut geführt. Die Entfernung des Steines auf natürlichem Wege gelang nicht und es mufste die Urethrotomia externa gemacht werden. Es hatte sich an der Stelle, wo sich der Stein deponiert hatte, eine Höhle mit Eiteransammlung gebildet. *C. Müller-Genf.*

Ein Universalinstrument zur Behandlung der Harnretention bei Strikturen und Prostatahypertrophie, von Lohnstein. (*Ärztl. Polytechnik.* 1898. No. 10.) Das Instrument ist ein Katheter mit einem in der Konkavität angebrachten Fenster und einem distal von demselben befindlichen Schraubengang. Auf diesen wird behufs Einführung einer Dauersonde bei Prostatahypertrophie ein stumpf-cylindrisches Ansatzstück angeschraubt; so wird der Katheter eingeführt, und es kann nun durch denselben und durch das Fenster hindurch ein dünnerer Nélatonkatheter in die Blase gebracht werden; dieser wird durch einen Draht fixiert und der Metallkatheter zurückgezogen. Zur Einführung einer Dauersonde bei Strikturen wird auf dem Schraubengang ein konisches, ebenfalls in einen Schraubengang endendes Schallstück angebracht, an das eine durch die Striktur in die Blase vorgeschobene Leitsonde angeschraubt wird. Nachdem letztere 1—2 Stunden gelegen, gelingt es zumeist den Katheter in die Blase zu bringen, und man kann nun wieder durch diesen einen Nélatonkatheter einführen. *Götz-München.*

Praktische Winke zur Behandlung der Harnröhrenstriktur, von J. W. Coumbs. (*Brit. med. Journ.* 8. Jan. 1898.) Der Verfasser ist in den letzten Jahren von der gewaltsamen Zerreifsung enger Strikturen und auch von der Urethrotomia interna zurückgekommen, nachdem er sich überzeugt hatte, dafs jede Striktur in irgend einem beliebigen Teile der Harnröhre durch einfache, intermittierende Dilatation geheilt werden könne. Am zweckmäfsigsten sind spitz zulaufende Metallkatheter mit biegsamem Schnabel und olivenförmiger Spitze. Als einen wesentlichen Teil der Behandlung sieht Verfasser die vorbereitenden Mafsnahmen seitens des Patienten an.

Dieser soll für einige Tage sich möglichst ruhig verhalten, eine geregelte reizlose Diät beobachten, um die Reizbarkeit der Harnröhre auf ein Minimum zu reduzieren und einem Urethralfieber oder sonstigen durch das Katheterisieren entstehenden konstitutionellen Störungen vorzubeugen. Die Dilatationen ganz enger Strikturen sind in Narkose vorzunehmen. Verfasser beschreibt einen Apparat zum Sterilisieren von Kathetern und Sonden, den die Firma Arnold & Söhne in Portsmouth ebenso wie die oben empfohlenen spitz zulaufenden Katheter anfertigt. *C. Berliner-Aachen.*

Bemerkungen über die Behandlung der schwierigen Striktur, von Warden. (*Edinb. med. Journ.* Nov. 1898.) Verfasser giebt die Krankengeschichte und die Behandlung eines alten Falles von sehr hartnäckiger Striktur, den er nach langer Mühe mit befriedigendem Resultate entlassen konnte. Bei der Behandlung solcher schwieriger Strikturen legt er Wert auf die Einführung von ganz dünnen Bougies, die 48 Stunden liegen bleiben, ferner braucht er dünne Metallsonden mit Leitbougies aus Gummi und endlich empfiehlt er in solchen hartnäckigen Fällen die Urethrotomia interna.

F. Hahn-Bremen.

Die Elektrolyse in der Behandlung der Harnröhrenverengerungen, von Debédat. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1899. No. 1.) Newmann hat zuerst zur elektrolytischen Behandlung der Harnröhrenverengerungen Metalloliven verwendet, mit denen die Striktur direkt angegriffen wird: unter Applikation schwacher Ströme werden in wiederholten kurzen Sitzungen die Narben allmählich zerstört. An Stelle dieser Metalloliven verwendet der Verfasser Oliven, an denen nur das verdickte Ende aus Metall, der übrige Teil aber aus Elfenbein ist. Das Instrument wird ohne Strom eingeführt, erst beim Zurückziehen wird an der verengten Stelle Strom durchgeleitet; auf diese Weise ist es möglich, nur die Striktur zu treffen, während die gesunde Schleimhaut intakt bleibt. Der Verfasser hat mit dieser Methode vorzügliche Resultate erzielt: Recidive traten nie auf, in keinem Falle war nach Beendigung der elektrolytischen Behandlung eine Dilatationskur notwendig. *Göts-München.*

Über die Urethrotomia externa, von Reinhardt. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 35.) Verfasser schildert in dieser Arbeit die auf der chirurgischen Klinik von König übliche Methode der äußeren Urethrotomie. Der Patient wird in die Rückenlage mit erhöhtem Becken gebracht, liegt auf einem gewöhnlichen, mit Polsterung versehenen, ebenen Operationstisch. Unter das Becken des Patienten werden Keilkissen gelegt. Die Beine werden durch Assistenten in flektierter Stellung festgehalten, die während der ganzen Operation eine gleichmäßige sein muß, damit das Becken nicht verschoben wird und die Mittellinie des Dammes stets in derselben Lage verbleibt. Zunächst wird nach gehöriger Desinfektion des Operationsfeldes eine Rinnensonde in die Harnröhre eingeführt, die so weit als möglich vorgeschoben und von einem Assistenten festgehalten wird. Dann wird genau in der Mittellinie, am besten aus freier Hand, in einem 5—7 cm langen Schnitt das Perineum durchtrennt, so daß, entsprechend dem häufigsten Sitz der Striktur, das Ende des Bulbus urethrae in den oberen Winkel der Wunde fällt, die über die Pars membranacea hinlaufend bis auf einige Centimeter an den Sphincter ani heranreicht. Hat man nun weiter auf der Sonde die Harnröhre eröffnet, so werden zu beiden Seiten in ihre Wand scharfe Häkchen eingesetzt und die Gewebe breit auseinander gehalten. Nunmehr muß die Striktur selbst gespalten werden, wobei es oft große Schwierigkeiten bereitet, das centrale Ende der Harnröhre zu entdecken. Der praktischste und von König schon lange Zeit angewandte Handgriff ist der, daß man beim Suchen nach dem centralen Harnröhrenende auf die Blase drückt, die ja fast immer mit verhaltenem Urin

angefüllt ist. Im unteren Teil der Wunde sickert dann irgendwo der ausgepreſste Urin hervor. Man sucht rasch mit der Sonde die Stelle zu finden und ist erst einmal eine feine Myrtenblattsonde im centralen Harnröhrenrande, dann ist meist keine Not mehr. Hierauf folgt die Resektion der narbig veränderten und durch Urethrotomie eröffneten Harnröhre, die von König in allen Fällen gemacht wird, wo die Harnröhrenschleimhaut ihren Schleimhautcharakter an der Striktur verloren hat, und wo die Vereinigung der beiden Harnröhrenenden nach der Excision der Narbe noch gelingt. Indessen wird nie das ganze Lumen der Harnröhre zusammengenäht, sondern stets wird nur ein Teil der beiden cylindrischen Harnröhrenenden vereinigt und zwar der die obere Wand bildende; an der unteren Peripherie bleibt die Urethra breit klaffen. Gelingt die Vereinigung nicht, so muſs man die beiden Harnröhrenenden durch weitfassende Nähte wenigstens möglichst nahe aneinander zu lagern versuchen. Die Blase wird nun nochmals ausgespült (1½% ige Karbolsäurelösung). Dann wird ein dicker silberner Katheter zur Probe vom Orificium der Urethra bis in die Wunde und weiterhin in die Blase eingeführt, um die Passirbarkeit des Weges vom Orificium bis in die Blase zu konstatieren. — Das Punctum saliens der weiteren Behandlung ist: kein Verweilkatheter, kein Katheterisieren in den ersten 8 Tagen. Der Urin läuft von der Stunde der Operation an aus dem offengebliebenen Schlitz der Urethra durch die Wunde ab. Niemals wurde dabei eine Reaktion von seiten der Wundflächen (Phlegmone, Erysipel etc.) beobachtet. Der unangenehme und nach einigen Tagen oft unerträgliche Reiz des Verweilkatheters fällt vollständig weg. Man braucht keine Urethritis, keine Verstopfung des Verweilkatheters zu befürchten. Nur muſs der Patient in den ersten Tagen häufig trocken gelegt werden. Schon sehr bald, oft schon am Tage nach der Operation, wird der Urin normal in der Base zurückgehalten und träufelt nicht mehr ab. (Dreimal täglich Entleerung des Urins durch die Wunde, Trockentupfen derselben, T-Verband.) Nach 5—6, oft schon nach 2—3 Tagen entleert sich beim Urinlassen gleichzeitig Urin aus der Urethrotomiewunde und durch die Harnröhre. Nach 3 Wochen ist die Wunde für den Harn nicht mehr durchgängig, da sie sich durch Granulation bezw. durch Aneinanderlegen der Wundflächen geschlossen hat. So findet sich bei den so Operierten schon nach wenigen Wochen ein weites, kontinuierliches, für den Harn im Strahl passierbares Rohr vor, welches durch Einführen von dicken Sonden in diesem Zustande erhalten werden muſs. Diese Bougierungen müssen noch Monate lang — etwa alle 8 Tage — vorgenommen werden, während auch später Jahre lang der Zustand der Harnröhre vom Arzt kontrolliert werden muſs. *I. Bloch-Berlin.*

Äuſsere Urethrotomie, gefolgt von zweimaliger Cysto- und Lithotomia suprapubica an demselben Patienten im Verlaufe von 9 Jahren, von L. E. Newman-St. Louis. (*Med. News.* 10. Dez. 1898.) Die erstgenannte Operation wurde wegen hochgradiger Strikturen in der Harnröhre und einer Reihe von aus dieser in das Perineum dringenden Fisteln ausgeführt und war mit Erfolg begleitet. Da jedoch Patient (50 J. alt) die vorgeschriebene ständige Sondierung versäumte, so muſste wegen Wiederauftretens zweier Strikturen nach einem Jahre wieder eine mit Erfolg begleitete Erweiterung mit Otis' Urethrotom vorgenommen werden. Drei Jahre später war der Zustand schlechter wie je zuvor; es war ein Blasenstein unter heftigen Schmerzen abgegangen und, nachdem verschiedene innere (Mineralwasser-)Kuren vergebens waren, wurde von N. der schon vorher angeratene obere Blasenschnitt ausgeführt; es wurden dabei 2 Steine in dem Gewichte von ca. 30 g zusammen entfernt, und Patient war dadurch völlig von seinen Beschwerden befreit. Wiederum wurden

aber die ärztlichen Vorschriften (tägliche Blasenspülung) nicht befolgt und 4 Jahre später befand sich Patient in einem so kläglichen Zustande — das Körpergewicht war von 150 auf 80 Pfund herabgegangen —, dafs jede Operation ein Wagnis schien. Dennoch unternahm N. nach achttägiger Vorbereitung (Salol, konzentrierte Nahrung, tägliche Ausspülung der Blase mit heifser Borlösung) dieselbe, welche in abermaligem oberen Blasenschnitt bestand, diesmal aber schwieriger war als das erste Mal und einen Stein zu Tage förderte. Patient erholte sich wieder relativ rasch, so dafs in 3 Wochen die Wunde geheilt war. Anschliefsend an die genaue Beschreibung des Falles setzt N. die Gründe seines operativen Vorgehens auseinander, welches der Verlauf genügend begründet. *Stern-München.*

Pathologisch-anatomische Untersuchung eines Falles von „Cystitis emphysematosa", von J. W. Kedrowsky. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 15. Okt. 1898.) In den Sektionssaal des pathologisch-anatomischen Instituts zu Moskau wurde die Leiche einer 28jährigen Person mit der klinischen Diagnose Eclampsia gebracht. Aus der Krankengeschichte ergab sich, dafs wegen heftiger Konvulsionen im 8. Monate der Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde, die Anfälle darauf weniger heftig wurden, aber trotzdem die Patientin nach 5 Tagen verstarb. Der nach der Operation aufgefangene Urin zeigte reichen Eiweifs- und Blutgehalt. Bei der Autopsie wiesen Harnblase und Nieren die intensivsten Veränderungen auf; die Schleimhaut der ersteren war stark gerötet und mit einer Schicht blutig gefärbter, schäumender Flüssigkeit bedeckt; ihr Gewebe enthielt eine Anzahl von Gasblasen. Die Nieren sind vergröfsert, mit Eiterherden durchsetzt. Mikroskopisch erwies sich die Schleimhaut der Harnblase grofsenteils vom Epithel entblöfst, die Gröfse der Gasblasen war eine variierende, gerade noch erkennbar bis zur Hirsekorngröfse. Zwischen den Formelementen des ausgeflossenen Blutes vor allem wurden Bakterien spezieller Art auf der Schleimhaut der Blase und eben dieselben in den Nieren, hauptsächlich in deren geraden und gewundenen Kanälchen gefunden. Es sind dies dicke Stäbchen mit abgerundeten Rändern, auf den gewöhnlichen Nährböden leicht zu züchten, nach Gram färbbar und bei Überimpfung auf Tiere (Maus und Meerschweinchen) tödlich wirkend. Aus diesen Impfresultaten, wobei heftige Entzündung von hämorrhagischem Charakter vorherrschte, ergiebt sich jedoch, dafs die Bakterien ihre Wirkung auf künstlichen Nährböden nur sehr kurze Zeit bewahren. Die Frage, ob es sich bei den beschriebenen Blasen- und Nierenveränderungen um Leichenerscheinungen, deren sich ausgeprägte bei der 28 Stunden nach dem Tode vorgenommenen Sektion an Lungen und Leber fanden, oder um während des Lebens entstandene handelt, beantwortet K. auf Grund verschiedener Argumente im letzteren Sinne; es mufs sich aber um eine Infektion handeln, welche vor der geburtshülflichen Operation aufserhalb der Klinik bereits sich eingestellt hat, da der Uterus keine Spur von Entzündung aufwies. Auch aus anderen, der Litteratur, besonders den Fränkelschen Beobachtungen über Gastritis emphysematosa, entnommenen Schlüssen glaubt sich K. berechtigt, den Fall als während des Lebens entstandene Cystitis emphysematosa zu bezeichnen, auch zeigten die gezüchteten Bakterien grofse Ähnlichkeit mit jenen, welche Fränkel in 4 Fällen von Gaseiterung isoliert und genau untersucht hat. Die in der Klinik gestellte Diagnose von Eclampsie möchte K. als Krampferscheinungen der Urämie modifizieren, deren Entstehungsgrund in der tiefen Veränderung der harnbildenden Organe zu suchen ist. Die beigegebenen 4 Bilder illustrieren den Befund der Blasenschleimhaut und die bakteriologischen Ergebnisse. *Stern-München.*

Die Behandlung der tuberkulösen Erkrankung der Blase, von C. M. Moullin. (*Brit. med. Journ.* 14. Mai 1898.) In jedem einzelnen Falle sollte zunächst eine all-

gemeine, diätetische, sorgfältig durchgeführte Behandlung versucht werden, ehe man zu operativen Eingriffen seine Zuflucht nehme. Einige Aussicht auf Erfolg gewährt unter den Operationen die suprapubikale Cystotomie mit Entfernung des tuberkulösen Gewebes. Allerdings darf die Krankheit nicht zu weit vorgeschritten sein. Eine frühzeitige Diagnose, event. Sicherstellung derselben durch das Cystoskop ist deshalb von aufserordentlicher Wichtigkeit. Von Beginn an manifestiert sich die Krankheit durch Reizbarkeit der Blase und Hämaturie. Verfasser berichtet über 3 operierte Fälle, von denen 2 sich nunmehr eines guten Wohlbefindens erfreuen, der dritte noch zu frisch sei, um ein Urteil zu fällen. *C. Berliner-Aachen.*

Blasengeschwülste, diagnostiziert mittelst Cystoskops, von Thelwall Thomas. (*Brit. med. Journ.* 15. Jan. 1898.) Der Verfasser berichtet über 2 Fälle. Fall 1 betrifft einen 38jährigen Mann mit einfachem Papillom der Blase. Der Patient litt seit 6 Monaten an Hämaturie. Das Gewächs, welches gestielt war, lag rechts von der Mündung des rechten Ureters. Die suprapubikale Cystotomie wurde ausgeführt und das Gewächs entfernt. Fall 2 betrifft eine 42jährige Frau. Die Patientin hat seit 6 Monaten Hämaturie und Schmerzen. Das Cystoskop entdeckte links von der Mündung des linken Ureters ein von papillösem Rande umgebenes Geschwür. Die Urethra wurde dilatiert und das Gewächs mit der Schere weggeschnitten. Die Blase wurde mit heifsem Wasser ausgespült. In beiden Fällen hörten Schmerzen und Hämaturie auf. *C. Berliner-Aachen.*

Über Harnblasenentzündung und Harnblasengeschwülste bei Arbeitern in Farbfabriken, von Leichtenstern. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 45.) Im Anschlufs an die Veröffentlichung Rehbes über Blasentumoren bei Anilinarbeitern teilt Verfasser zwei einschlägige Fälle mit; er hat beobachtet, dafs die Blasenbeschwerden (Strangurie, Hämaturie) nur bei den Arbeitern in den Reduktionsräumen, in denen die Amidoprodukte dargestellt werden, vorkommen. Der erste Fall erkrankte mit heftigen Blasenbeschwerden, konzentrischer Einengung der Blase, Oligurie; im weiteren Verlauf trat ein harter, schmerzhafter Tumor der Blase auf; nach längerer Behandlung trat langsam Besserung und schliefslich Heilung ein. Beim anderen Patienten wuchsen die Tumoren immer weiter, erfüllten das ganze Innere der Blase und machten so starke Beschwerden, dafs die Resektion der ganzen Harnblase notwendig wurde; bald darauf starb der Patient; die Tumoren sind als retikuliertes polymorphzelliges Sarkom anzusprechen. *F. Hahn-Bremen.*

Fälle von Blasentumoren, von Barling. (*Brit. med. Journ.* 5. Febr. 1898.) Der Verfasser berichtet über 4 Fälle, von denen der erste eine 35jährige Frau mit recidivierendem Fibropapillom, der zweite einen 45jährigen Mann mit gestieltem Papillom betraf. Häufiges Urinieren, Schmerzen beim Wasserlassen, Blasenblutungen waren die hervorstechendsten Symptome, welche die Geschwülste verursachten. Das Cystoskop stellte die Diagnose fest. Die operative Beseitigung der Tumoren brachte in diesen beiden Fällen Heilung, während im Falle 3, der einen 62jährigen Mann mit sefshaftem Papillom betraf, und im Falle 4 mit Epitheliom bei einem 63jährigen Fräulein kurze Zeit nach der Operation der Exitus letalis erfolgte.
C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Blasenstein, von P. A. Buck. (*Brit. med. Journ.* 4. Juni 1898.) Ein 76jähriger Greis litt seit mehr als 20 Jahren an Schmerzen im Rücken, am Abdomen und in der Blase. Beim Urinieren pflegten häufig kleine Steine die Harnröhre zu passieren. Vor 5 Jahren blieb ein Stein in der Urethra stecken und mufste von

einem Arzte extrahiert werden. Seit ca. 10 Wochen waren die Schmerzen in der Blase und an der Spitze des Penis, sowie die Beschwerden beim Urinieren intensiv geworden. Der Patient mufste alle Stunde oder halbstündlich Wasser lassen. Der Urin war eiterhaltig und übelriechend, niemals blutig. Die Untersuchung mittelst Sonde stellte einen grofsen Stein fest, der jedoch wegen seiner Gröfse mit einem Lithotriptor nicht gefafst werden konnte. In Äthernarkose wurde die suprapubikale Cystotomie gemacht, der Stein, welcher im ganzen 290,5 g wog, erst in 3 Stücke gebrochen und extrahiert. Der Patient wurde von seinen Schmerzen befreit, starb jedoch 4 Wochen später an urämischen Symptomen. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung von Blasensteinen, von P. J. Freyer. (*Brit. med. Journ.* 14. Mai 1898.) Verfasser plädiert besonders für die Litholapaxie. Unter einigen hundert Steinoperationen, welche er in den letzten 10 Jahren ausgeführt habe, sei nur einmal ein verhältnismäfsig kleiner Uratstein gefunden worden, der sich mit dem Lithotriptor nicht zerreiben liefs. Verfasser fand auch, dafs gewisse Uratsteine sich viel schwerer zerstofsen lassen als Oxalatsteine. Eine geübte Hand wird mit Leichtigkeit alle Steinfragmente vermittelst eines eigens hierzu konstruierten Aspirators aus der Blase entfernen können. Die Mortalität der suprapubikalen Lithotomie beträgt bei Kindern 20%, während die laterale Lithotomie und die Litholapaxie eine Mortalität von weniger als 5% aufweist. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Blasen- und Ureterstein, von C. Longard. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 41.) Der 20jährige Patient wurde im zwölften Lebensjahre durch Operation von einer Nabelblasenfistel befreit, litt seit 2½ Jahren an Schmerzen in der Blasengegend beim Urinieren und Gehen und bemerkte zugleich eine Trübung des Urins. Zeitweise traten auch leichte Schmerzen in der linken Nierengegend auf. Die Untersuchung mit der Steinsonde liefs deutlich mehrere Steine in der Blase nachweisen. Die Radiographie ergab folgendes Bild: Etwa 4 cm über der Symphyse fanden sich, bogenförmig gelagert, drei dunkle, je ca. 3 cm lange Flecken mit lichten Zwischenräumen. Links oben, etwa 11 cm von der Symphyse entfernt, sah man gleichfalls zwei dunkle, etwas kleinere Flecken, die auch durch eine hellere Linie getrennt erschienen. Bei der Operation (Sectio alta) waren die drei nach unten gelegenen Steine leicht zu finden, etwas schwieriger ein vierter Stein links oben in der Blase. Ein fünfter Stein, nach dem Röntgenbilde in derselben Gegend, war nicht zu finden. — Die Steine enthielten im Centrum die Reste eines Seidenfadens, die wahrscheinlich von der früheren Operation der Urachusfistel herrührten. Die Operationswunde wurde genäht und Patient geheilt entlassen, stellte sich aber mehrere Monate später von neuem vor, weil der Harn noch immer starke Trübung zeige und auch jetzt bisweilen Schmerzen in der linken Nierengegend, nach dem Becken zu ausstrahlend, vorhanden seien. Die Röntgenaufnahme liefs ca. 8 cm nach links von der Symphyse entfernt einen etwa haselnufsgrofsen, dunklen Schatten erkennen. Nach vorgenommener Sectio alta fand Verfasser zwar in der Blase keinen Stein, fühlte aber bei genauerem Abtasten der hinteren Blasenwand in der Gegend des linken Ureters, hinter der Blase, einen haselnufsgrofsen, harten Körper, zweifellos den gesuchten, aber im Ureter gelegenen Stein. Ein Versuch der Zertrümmerung des Steines gelang nicht. Patient verweigerte weitere operative Eingriffe. Es wurde daher die Blase geschlossen. Eine zweite Röntgenaufnahme ergab ein Herabrücken des haselnufsartigen Fleckens, was vermuten liefs, dafs der Stein mit der Zeit spontan in die Blase rücken werde. *I. Bloch-Berlin.*

Sind total Kastrierte fortpflanzungsfähig? von Sturgis-New York. (*Med. News.* 8. Okt. 1898.) Die Arbeit des Verfassers kommt zu folgenden Schlüssen:

Bei Tieren finden sich, und zwar bei Hunden 6 Tage, bei Katzen 7 Tage und beim Meerschweinchen 14 Tage nach der Kastration noch normale Spermatozoen im Inhalt der Samenbläschen. Es sind auch Fälle berichtet worden, wo Frauen durch total kastrierte Männer geschwängert wurden. Höchstwahrscheinlich ist das aber nur in den ersten 7 Tagen nach der Kastration möglich. (?) *Hopf-Dresden.*

Zur Spermauntersuchung, von Beumer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 49.) Verfasser empfiehlt als sicherste Methode zum Nachweis von Sperma in Kleidungsstücken die Färbung mit irgend einem Farbstoff, wenn sie nur genügend lange, bis zu 24 Stunden, eingewirkt hat. Die Darstellung der Florenceschen Virispermin-krystalle ist nicht beweisend, da auch faulendes Eiweifs, Schleim aus Uterus und Prostata diese Krystalle nach Zusatz von Jodjodkaliumlösung ergeben. Verfasser benutzt die Methode von Florence zur Erleichterung des Suchens: er schneidet Stückchen aus den betreffenden Kleidern; da, wo die Florencesche Reaktion positiv ausfällt (sie ist leicht und rasch auszuführen), sucht er weiter nach Sperma.

F. Hahn-Bremen.

Die Ursachen der Azoospermie, von Simmonds. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 61. Bd. 3. u. 4. Heft.) Verfasser stützt sich bei seinen Untersuchungen auf 1000 Männersektionen; er wollte die anatomische Grundlage der Azoospermie kennen lernen und ging in der Weise vor, dafs er zunächst den Inhalt der Samenblasen makroskopisch und mikroskopisch auf Spermatozoen untersuchte; fand er keine, so prüfte er Samenleiter, Hoden und Nebenhoden. Aufser dem normalen Samen fand er häufig gelatinösen Samen, der aber oft Spermatozoen enthielt; dünnes wasserartiges Sperma, immer frei von Samenfäden, fand sich bei Leuten, die an Allgemeinkrankheiten litten, vor allem bei Alkoholisten; interessant ist, dafs Verfasser die Lebensdauer der Spermatozoen sehr lang fand: bei einem 73jährigen Herrn, der 14 Tage nach der doppelseitigen Kastration gestorben war, fanden sich noch sehr lebendige Samenfäden. Ein eitrig erscheinendes Sperma deutet häufig auf sehr reichlichen Spermatozoengehalt. — Die Grenze der Pubertät ist für unsere Breitegrade in das 15.—16. Lebensjahr zu setzen; eine Altersgrenze giebt es nicht; der Einfluſs akuter Krankheiten auf die Spermatogenese ist wohl schädigend, derjenige von chronischen ist nicht bedeutend; eine Ausnahme macht der chronische Alkoholismus. Bei unvollständigem Descensus des Hodens fand sich stets Azoospermie der betreffenden Seite; auch Hydrocelen, Varicocelen, Hernien üben sicher einen hemmenden Einfluſs auf die Spermatogenese. Die interstitielle Orchitis, wohl meist auf Syphilis beruhend, führt verhältnismäfsig selten zur Sterilität. Ganz anders wirken die Folgen der Blennorrhoe. Strikturen im Samenleiter, Schwielenbildung im Nebenhoden haben Sterilität zur Folge, wobei auffallend war, dafs die Hodenthätigkeit trotz des behinderten Abflusses nicht erloschen war; der Hoden enthielt normale Spermatozoen in einem Falle, den Verfasser genauer beobachtete, noch neun Jahre nach der doppelseitigen Epididymitis. Die Erkrankungen der Samenblasen haben im allgemeinen keine praktische Bedeutung, aufser bei Genitaltuberkulose, wo sich häufig die Bacillen schon zahlreich im eitrigen Inhalt der Samenblasen nachweisen lassen, ehe irgend eine Spur von sonstiger Tuberkulose zu finden ist. — Was nun die praktischen Lehren der obigen Untersuchung an 1000 Männern angeht, so fand Verfasser bei 125 Azoospermie; davon waren, abgesehen vom Alkoholismus, der die erste Stelle einnimmt, 33 durch Geschlechtskrankheiten verursacht, eine Zahl, die mit der klinischen Beobachtung übereinstimmt. Für die chirurgische Therapie der Azoospermie, die allein in Frage kommt, ergiebt sich, dafs sie vielleicht Erfolg haben kann bei Strikturen des Samenleiters (Resektion des strikturierten Stücks), nicht aber bei Schwielen im Nebenhoden. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Behandlung der Pollutiones nocturnae und der Ejaculatio praecox. von H. Popper. (Therap. Beilage No. 11 der *Dtsch. med. Wochenschr.* 3. Nov. 1898.) Verfasser empfiehlt zur Behandlung der obigen beiden Neurosen wiederum dringend den konstanten Strom: Anode in die Harnröhre, Kathode auf den Bauch, Stromstärke 1½—2 M.-A. sekundenlang 5—6mal durchgeleitet, was ein leichtes Brennen verursacht; 5—6 Sitzungen in Zwischenräumen von 6—8 Tagen pflegen zu genügen; 14 von 15 Fällen von Pollutionen blieben dauernd geheilt, ebenso 6 Fälle von Ejaculatio praecox. Bei diesen sämtlichen Patienten bestand eine starke Überempfindlichkeit des Caput gallinaginis. Verfasser betrachtet den konstanten Strom als mildes, gut dosierbares Ätzmittel. *F. Hahn-Bremen.*

Dislokation eines Testikels, von A. D. Keith. (*Brit. med. Journ.* 2. Juli 1898.) Ein Farmer wurde überfahren. Bei der Untersuchung zeigte sich das Scrotum wie die rechte Leistengegend stark geschwollen. Der rechte Testikel konnte an seinem gewöhnlichen Platze nicht palpiert werden. Nachdem am folgenden Tage die Schwellung ein wenig zurückgegangen war, war Verfasser im stande, unmittelbar über dem Poupartschen Bande der rechten Seite den Testikel durchzufühlen. Der Versuch, durch Manipulationen den Testikel zu reponieren, mifslang. Erst ein operativer Eingriff brachte ihn an seine gewohnte Stätte zurück. Der Heilverlauf war ein normaler trotz der beinahe vierwöchentlichen Incarceration des Testikels. Patient genas vollkommen. *C. Berliner-Aachen.*

Tuberkulose des Testikels im Anschlufs an Masern, von J. B. Shaw. (*Brit. med. Journ.* 18. Juni 1898.) Ein 26jähriger unverheirateter Arbeiter erkrankte Ende Dezember an Masern, an deren Folgen er bis zur Wiederherstellung mehrere Wochen laborierte. Einige Tage nachdem er seine Arbeit wieder aufgenommen hatte, zog er sich eine Erkältung zu, die ihn für Monate ans Bett fesselte. Er litt an Muskelreifsen und rheumatischen Schmerzen und zeigte pericarditische Erscheinungen. Während der Behandlung dieser Krankheit wurde die Aufmerksamkeit des Verfassers auf eine Schwellung und Verhärtung des einen Testikels gelenkt. Das obere Viertel des rechten Testikels war deutlich induriert und geschwollen, während die übrigen drei Viertel desselben, die Epididymis und der Samenstrang derselben Seite sich normal anfühlten. Auf der linken Seite zeigte sich der Nebenhoden in seinem unteren Ende induriert und geschwollen. Das Testikelgefühl war normal. Eine venerische Erkrankung lag nicht vor, auch die eingehendste Untersuchung und die Anamnese ergaben keine Anhaltspunkte für eine solche. Verfasser stellte, da er die Hereditätsverhältnisse kannte, die Diagnose auf „idiopathische Tuberkulose des Testikels“ und verordnete sofort eine kräftige Diät, aufserdem Jodeisensyrup, Bewegung in guter Luft. Langsam nahmen die Schwellungen auf beiden Seiten zu, und zwar rechts die des Testikels, links die des Nebenhodens. Eine bedenkliche psychische Depression des Patienten veranlafste den Verfasser, die doppelseitige Kastration vorzunehmen. Der rechte Testikel zeigte im Centrum einen grofsen käsigen tuberkulösen Herd, während Epididymis, Samenstrang derselben Seite normal waren. Auf der anderen Seite war das untere Ende des Nebenhodens von einer käsigen tuberkulösen Masse durchsetzt. Die Tunica vaginalis infiltriert, dagegen erwies sich das Vas deferens frei von Neubildungen. Der Heilverlauf war ein ganz normaler, der Patient wurde wieder hergestellt und ist bis jetzt, ein halbes Jahr nach der Operation, gesund geblieben. *C. Berliner-Aachen.*

Eitrige Epididymitis als Typhuskomplikation, von Strassburger. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 1.) Der Verfasser beobachtete bei einem Typhusrekon-

valescenten 3 Wochen nach völliger Entfieberung eine isolierte eitrige Entzündung des rechten Nebenhodens. In dem sofort nach Konstatierung der Eiterung entnommenen Eiter fanden sich keinerlei Eiterkokken, wohl aber eine Reinkultur von Typhusbacillen, die demnach die alleinigen Erreger der eitrigen Entzündung waren.

Göts-München.

Neue Methode der Radikaloperation der Hydrocele, von WINKELMANN. (*Centralbl. f. Chir.* 1898. No. 44.) Spaltung bis auf den Hydrocelensack unter SCHLEICHscher Infiltrationsanästhesie; Vorziehen der Hoden durch einen 3—4 cm langen, von oben nach unten verlaufenden, näher dem oberen Pol gelegenen Schnitt, sodafs sich die Tunica vaginalis nach aufsen umkrempelt. Reposition des umgekrempelten Sacks mit Hoden, sodafs die Serosa der Tunica vaginalis propria mit der Tunica vaginalis communis verwachsen kann. Genaue Hautnaht. Die Heilung erfolgt in wenigen Tagen. Die Kranken können ambulant behandelt werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die mechanische Behandlung der männlichen Impotenz, von B. SCHEINKMANN. (*New York med. Journ.* 10. Sept. 1898.) Von den beiden Arten der Impotenz des Mannes, der organischen oder wahren und der funktionellen, nervösen oder auch falschen genannten, ist die letztere die bei weitem häufigere und deren Heilung nicht nur möglich, sondern zuweilen geradezu lebensrettend; denn SCH. zweifelt nicht, dafs eine gröfsere Zahl von lebensmüden Selbstmordkandidaten auf geschlechtliche Impotenz zurückzuführen ist. Die Mehrzahl der Fälle von sog. funktioneller Impotenz sind verursacht durch Abnormitäten in der psychischen Sphäre, welche bei längerer Dauer einen tiefen Einfluſs auf die ganze Lebensweise des Betroffenen ausüben. Die Hauptsache bei der Behandlung wäre also, demselben wieder volles Vertrauen in seine Fähigkeit beim geschlechtlichen Verkehr beizubringen und ihn zu überzeugen, dafs seine Geschlechtsorgane völlig funktionsfähig seien. Alle Mittel und Medizinen, welche bis jetzt empfohlen wurden, haben jedoch SCH. nur wenig Erfolg gebracht und die geschicktesten Taktiken der Suggestion waren nur selten von Erfolg gekrönt. SCH. kam daher zur Überzeugung, dafs eine rationellere Art der Behandlung nötig wäre, womit eine unmittelbare und positive Beweisführung der thatsächlich vorhandenen Impotenz verbunden sei. Er konstruierte zu diesem Zwecke einen von ihm „Potentor" genannten Apparat, welcher aus zwei dünnen, resistenten, länglichen konkav-konvexen Platten besteht, die an einem Ende durch ein elastisches rundes Gummistück verbunden sind; an diesem ist eine Gummiröhre mit einem dicken elastischen Ring angebracht, welch letzterer bei der Applikation die Aufrollung der Röhre erleichtern soll. Nach zurückgestreiftem Praeputium wird der Ring über die Glans penis bis zur Vereinigungsstelle der beiden Platten und dann über diese gebracht, welche dem Organ fest anliegen; dasselbe mufs schliefslich ganz von dem Gummischlauch bedeckt sein. Der Apparat scheint also im grofsen und ganzen einem Condom mit zwei festen Haltern zu gleichen. Die beigegebenen vier Zeichnungen veranschaulichen aufs deutlichste sowohl den Apparat selbst wie dessen Anwendungsweise, welche ohne Zeichnung auch mit vielen Worten nicht recht verständlich wäre. Die Entfernung des Apparates, welcher dem „anderen Geschlecht" kaum sichtbar sein soll, da er in seiner Form dem erigierten Gliede sehr ähnle, und welcher in hartnäckigeren Fällen mehrmals zur Erzielung des Effektes, eines natürlichen Beischlafes, anzuwenden ist, kann leicht nach erfolgter Erektion entfernt und dann der natürliche Coitus fortgesetzt werden. Bei einer Reihe von Patienten hatte SCH. mit seinem Potentor befriedigenden Erfolg erzielt.

Stern-München.

Ein Fall von multiplen Prostatasteinen, von Golding-Bird. (*Brit. med. Journ.* 2. Juli 1898.) Der 45jährige Patient hatte vor 25 Jahren eine Harnröhrenstriktur, wegen deren die interne Urethrotomie ausgeführt worden ist und in regelmäfsigen Intervallen bis in die letzte Zeit hinein katheterisiert wurde. Vor 5 Jahren bemerkte der Patient zum ersten Male, dafs am Schlusse des Urinierens Steine abgingen. Dies wiederholte sich mehrere Male. Dem Erscheinen der Steine gingen gewöhnlich Rückenschmerzen, nach der Harnröhrenmündung ausstrahlende Schmerzen und Brennen voran. In den letzten Monaten litt der Patient an Harndrang. Die Steine, welche er zuweilen im Urin vorfand, waren schrotkorngrofs und von dunkler Farbe. Das Centrum eines solchen Steines war nahezu schwarz. Eine in die Harnröhre eingeführte Sonde stellte, unmittelbar bevor diese die Blase erreichte, das Vorhandensein eines Steines fest, während die digitale Untersuchung per rectum ergab, dafs die linke Seite der Prostata stark vergröfsert war und einen Sack bildete, der zahlreiche, beim Manipulieren mit dem Finger knarrende und knisternde Steine enthielt. Nunmehr wurde die Diagnose auf Prostatasteine gestellt, zuerst 14 Tage hindurch die Cystitis behandelt und sodann die laterale Lithotomie ausgeführt; der Schnitt erreichte jedoch nicht die Blase, sondern wurde nur bis zur Prostata geführt; mit dem Finger und einer Schaufel wurden 130 Steine entfernt, die fast alle in dem linken Prostatalappen gelegen hatten. In der Blase fanden sich keine Steine. Der Patient wurde vollständig wieder hergestellt. *C. Berliner-Aachen.*

Senile Prostatahypertrophie, von Tobin. (*Brit. med. Journ.* 26. März 1898.) Der Verfasser berichtet über einen Fall von Prostatahypertrophie 20 Monate nach vorgenommener Resektion beider Vasa deferentia. Obgleich der Patient kein mäfsiges Leben führt, so hat er dennoch keinerlei Harnbeschwerden mehr. Seine sexuellen Funktionen sind normale. Die digitale Untersuchung per rectum ergiebt eine sehr kleine Prostata. Ein Katheter nach dem Harnlassen in die Blase eingeführt zeigt diese vollständig leer. Die Testikel sind nicht verkleinert, das Testikelgefühl ist normal. Unterhalb der Resektionsstelle zeigt das Vas deferens beiderseits eine Art Retentionscyste von der Gröfse einer kleinen Wallnufs. Die Cysten enthalten eine mit lebenden Spermatozoen erfüllte Flüssigkeit. *C. Berliner-Aachen.*

Weitere Ergebnisse der Kastration und der Resektion der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie, von Loumeau. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1899. No. 1.) Auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen hält der Verfasser die Resektion der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie für vollkommen wirkungslos, sie verhindert höchstens die Entstehung von Hodenentzündungen infolge der Katheterisierung. Dagegen hat der Verfasser mit der Kastration vorzügliche Resultate erzielt sowohl in Bezug auf die Funktion der Blase wie auf die Rückbildung der Prostata selbst. *Götz-München.*

Im Verein Freiburger Ärzte (Sitz. v. 25. Nov. 1898; *Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 49) berichtete Kraske über die **Behandlung der Prostatahypertrophie.** Der Vortragende erwähnt die Socinsche Operation (hoher Blasenschnitt und Entfernung des Teils der Prostata, der in die Blase hineinragt und unter dem Binnendrucke der gefüllten Blase die Harnröhrenöffnung verlegt); dieselbe giebt zwar vorzügliche Resultate, ist aber doch ein so schwerer Eingriff, dafs sie nur bei nicht zu alten und noch kräftigen Personen ausführbar ist. Die doppelseitige Unterbindung der Arteriae iliacae nach Bier ist zwar an sich rationell, fand aber, weil zu eingreifend, keinen Eingang. Der doppelseitigen Kastration, sowie der Unterbindung der Vasa deferentia spricht der Vortragende jeden Wert ab. Dagegen hat er mit der

Bottinischen Operation sehr gute Resultate erzielt; auch in Fällen, wo jahrelang katheterisiert werden mufste, erfolgte wenige Stunden nach der Operation spontane Urinentleerung. Das Verfahren kann ohne Narkose, nur mit Kokainanästhesie, also auch bei alten Leuten angewendet werden. *Götz-München.*

Die Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie durch Elektroincision. Demonstration des Freudenberg-Bottinischen Incisors, Anführung der Kasuistik, von Bronsford Lewis-Chicago. (*Philad. med. Journ.* 10. Dez. 1898.)

Bottinis Operation gegen Prostatahypertrophie mit Anführung von bezüglichen Fällen, von Andrew Downes-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 26. Dez. 1898.)

Beide Arbeiten geben Zeugnis von der steigenden Anerkennung, welche die Bottinische Operation in Amerika nun zu geniefsen beginnt und welche auch in anderen Ländern relativ lange auf sich warten liefs. Der Verbesserung, welche Freudenberg in Gestalt des sterilisierbaren Incisors anbrachte, ist bereits in einem Referate über dessen Originalartikel in der *New York. med. Monatsschr.* (Juli 1898) in diesen Blättern (Bd. 28, No. 4) gedacht. Prostatektomie, Orchidektomie (Kastration) und Vasektomie sind Operationen, welche früher zuweilen gegen die, meist senile, Vergröfserung der Prostata gemacht wurden, von welchen erstere aber eine abnorm hohe Sterblichkeit (15—20%), letztere beiden ziemlich unsichere Resultate lieferten. Der Zweck der Bottinischen Operation ist, durch die Prostata eine oder mehrere tiefe Höhlungen in die Pars prostatica der Harnröhre hinein zu graben. Beide Autoren machen darauf aufmerksam, dafs der Incisor in Rotglühhitze anzuwenden ist, und geben eine detaillierte Beschreibung der weiteren Operation, deren Einzelheiten besonders in dem Falle von Downes sehr instruktiv sind, aber hier wiederzugeben zu weit führen würde. Letzterer wendet zur lokalen Anästhesierung — einer der Vorteile der Operation ist auch die Entbehrlichkeit der Narkose — 2%, Lewis hingegen 4% Kokainlösung an; beide stimmen darin überein, dafs drei Schnitte zu machen sind; D. macht einen hinteren, einen vorderen Einschnitt und einen in den Seitenlappen, L. hingegen, abweichend von dem gewöhnlichen Verfahren, einen hinteren und zwei seitliche, da er glaubt, dafs vom vorderen Teile der Prostata selten die Obstruktion ausgeht. Letzterer hebt namentlich hervor, dafs die Patienten nach der Operation wenig Schmerzen und Beschwerden haben, keiner langen Bettruhe (höchstens einen Tag) und keiner speziellen Nachbehandlung bedürfen; zur inneren Antisepsis wäre es aber immerhin zweckmäfsig, Urotropin oder Salicylpräparate zu geben. Manchmal zeigen sich die günstigen Erfolge der Operation erst nach einigen Wochen; man ist daher oft gezwungen, auch nach derselben zum Katheter zu greifen; später wird der Harndrang weniger und statt 15—20 mal täglich uriniert Patient 8—9 mal. In manchen Fälllen ist es notwendig, die Operation ein zweites und drittes Mal zu wiederholen, nach den Angaben der beiden Verfasser ist jedoch der mangelnde Erfolg der ersten Operation häufig auf fehlerhafte Technik, besonders zu kurze Incision, zurückzuführen. Nach der Statistik, welche Lewis über die bisher ausgeführten Operationen giebt, steht Bottini mit 80 Fällen an erster Stelle, dann kommt Freudenberg mit 34 Operationen an 29 Patienten, die weiter folgenden, wie Simon-Heidelberg, zeigen viel geringere Zahlen; L. selbst beschreibt 3 Fälle genauer und glaubt ebenso wie D., dafs die Operation für alle Fälle von Prostatahypertrophie des Greisenalters, wo ständiger Katheterismus notwendig, anwendbar sei; die anfänglich bewahrte Reserve gegen die Operation sei jetzt, wo das Instrumentarium so vervollkommnet und besonders die elektrische Kraft leicht zu erlangen sei, nicht mehr berechtigt. *Stern-München.*

Über die Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini, von H. Lohnstein. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 94 u. 95.) Bei der Behandlung der Prostata-

hypertrophie ist vor allem zu berücksichtigen, daſs der Patient unter der Einwirkung des operativen Eingriffes kein längeres Krankenlager durchzumachen hat, weil durch dasselbe sehr häufig Krankheiten in anderen Organen (Herz, Lunge, Nieren) mit ungemein deletärem Charakter sich entwickeln. Während die übrigen vom Verfasser näher besprochenen operativen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie bedeutende chirurgische Eingriffe darstellen, ist die Bottinische Methode ein relativ harmloser Eingriff, der die Patienten nicht zu einem nennenswert langen Krankenlager verurteilt und fast stets anwendbar ist. Der Hauptvorzug der Bottinischen Operation besteht aber in der wahrhaft durchgreifenden und vielfach zu modifizierenden Weise, in welcher sie die Beseitigung der die Harnentleerung hindernden Prostatabarriere ermöglicht. Ihre Wirkung ist nicht wie bei der Kastration durch die Art der Hypertrophie oder durch gewisse Formveränderungen der Drüse beschränkt. Stets ist der Operateur in der Lage, je nach Bedarf eine oder mehrere Breschen in die Barriere zu legen. — Der so gepriesene, angeblich aseptische Verlauf nach der Bottinischen Operation ist aber in Wirklichkeit nicht vorhanden, so daſs Pyelitis, Pyelonephritis etc. als strenge Kontraindikationen gelten müssen. — Verfasser hat, da Bottinis und Freudenbergs Incisoren verschiedene Mängel besitzen, ein neues Instrument konstruiert (Firma W. A. Hirschmann-Berlin), bei welchem die Bewegung mittelst einer feinen Zahnstange und eines Triebes erfolgt. Die Bewegung des Triebes geschieht in gleicher Richtung, in welcher sich der Incisor bei der Operation bewegen soll. Die Aufgabe des Operateurs ist daher bei diesem Brenner technisch weit einfacher, da er nicht wie beim Freudenbergschen Instrumente nötig hat, seine Aufmerksamkeit zwischen der Regulierung der drehenden Bewegung am Endstück des Instrumentes und dem Festhalten der Instrumente zu teilen. — Vor der Operation empfiehlt es sich aufs dringendste, durch genaue Untersuchung der Silhouette des Blasenhalses Rückschlüsse auf die Gestaltung der Prostataformation zu gewinnen, was aber häufiger geschehen muſs, da etwaige Veränderungen bei einmaliger Betrachtung sehr wohl Folgen oberflächlicher Schwellungen der Blasenschleimhaut sein können. — Vor der Operation Laxans, Auswaschung des Darms, Ausspülung der Blase mit 3%igem Borwasser. Während der Operation bleibt die Blase leer von Flüssigkeit. — Die Operation selbst ist in der Regel mit so wenig Schmerzen verbunden, daſs, abgesehen von einer Injektion von 5—10 ccm einer 1%igen Kokainlösung, eine allgemeine Narkose entbehrt werden kann. Dem Urethralfieber beugt man am sichersten durch Verabreichung von 0,5 Chininum muriaticum vor und dreimal täglich 1—2 Tage nach der Operation vor. Weniger sicher wirken Urotropin und Salol. Verfasser hat bisher die Operation bei 12 Patienten 18 mal ausgeführt: bei 9 Patienten je 1 mal, bei 3 Patienten je 2 mal und bei 1 Patienten 3 mal. Nur solche Kranke wurden operiert, deren Kräftezustand nicht die Befürchtung eines längeren Krankenlagers nahe legte. — Von 5 Fällen, welche zur Zeit der Inangriffnahme ihrer Behandlung an kompleter Harnretention litten, gelang es 4 mal, die Blasenfunktion wieder herzustellen. Der fünfte Fall betraf einen 79jährigen sehr dekrepiden Greis, bei welchem gegen den Rat des Verfassers die Operation gemacht wurde. — Von den 7 Fällen mit inkompleter Harnretention hatte die Operation bei 4 Patienten dauernden funktionellen Erfolg. So lehrt das ziffernmäſsige Resultat, daſs ein funktioneller Erfolg der Bottinischen Operation am ehesten bei Patienten mit kompleter Harnretention zu erwarten ist. *I. Bloch-Berlin.*

Über Bottinis galvanokaustische Incision der hypertrophierten Prostata, von A. v. Frisch. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 48.) An der Hand von zehn operierten Fällen, die eingehend beschrieben werden, erörtert Verfasser die Bottini-

sche Methode und kritisiert die mitgeteilten Ergebnisse, indem er die Schwierigkeiten hervorhebt, die sich einer objektiven Beurteilung des Operationserfolges entgegenstellen. Besonders bei inkompleter Harnverhaltung sind Trugschlüsse sehr leicht möglich. Die Gefahren der Operation sind nicht zu niedrig anzuschlagen: Blutungen, Phlebitis und Thrombosen mit Absceſsbildung, Verschlimmerungen einer Pyelitis und Pyelonephritis sind zu fürchten. Verfasser verlor einen Patienten an einem Prostataabceſs mit folgender Vereiterung einer Niere. Das beobachtete Harnträufeln ist nicht von Dauer. Die Momente, welche ein Fehlschlagen der Operation bedingen, sind meistens nicht klar. Ein ungenügendes Glühen der Klinge, die Verfasser weiſsglühend gebraucht wissen will, eine mangelhafte Durchtrennung des für die Retention sehr bedeutungsvollen Sphinkter können die Schuld tragen. Ein voller Erfolg ist nur zu erwarten bei chronischer kompleter Harnverhaltung und erhaltener Kontraktionsfähigkeit der Blase. Je normaler der Harn, desto sicherer der Erfolg. Verfasser legt nach der Operation einen Verweilkatheter ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der chirurgischen Klinik in Lemberg, von Rydygier. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 1.) In diesen Mitteilungen berichtet unter anderem Verfasser über einen Fall, der beweist, daſs die Bottinische Behandlungsmethode der **Prostatahypertrophie** doch nicht so ganz ohne Gefahr ist. Bei dem Patienten trat am vierten Tage nach der Operation unter Erscheinungen der Urininfiltration, Peritonitis, Sepsis der Tod ein. Die Sektion lehrte, daſs im Blasenhals eine bis auf das Peritoneum gehende Brandwunde gesetzt war. Der mittlere Lappen war nicht vergröſsert, sondern nur die Seitenlappen. Der Bottinische Incisor ohne die Freudenberg'sche Verbesserung hatte übrigens nicht gut funktioniert. — Verfasser betont die Notwendigkeit, vor der Operation festzustellen, welche Prostataabschnitte die vergröſserten sind, was nicht immer möglich ist. Ob nicht das Einführen eines dicken Permanentkatheters nach der Operation von Vorteil wäre, bleibt zu erwägen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Enorme Hypertrophie der Nieren und Erweiterung der Blase und der Harnleiter bei einem 13 Monate alten Kinde, von Henry W. Hemenway-Evanston, Ill. (*Med. News.* 5. Nov. 1898.) Bei dem Kinde weiblichen Geschlechtes war schon bald nach der Geburt der Leib stark aufgetrieben, welcher Zustand allmählich immer mehr zunahm und der gleichzeitig vorhandenen Obstipation zugeschrieben wurde, aber durch kein Abführmittel geändert werden konnte; auſserdem erbrach es in den letzten Monaten häufig, war mürrisch und urinierte sehr viel. Der Tod trat in dem oben angegebenen Alter ein. Die Autopsie folgte 5½ Stunden später, es war eine Nabelhernie von nicht besonderer Ausdehnung, Ascites und Ikterus mäſsigen Grades vorhanden, die ganze Bauchhöhle war von den cystischen Nieren und der Blase fast angefüllt, wie die beigegebene photographische Abbildung zeigt; die Untersuchung dieser Organe wurde nicht genauer vorgenommen, da die damit betraute autorative Persönlichkeit plötzlich verstarb. H.s theoretische Annahme über den Fall ist, daſs am linken Ureter eine verstopfende Membran den Abfluſs des Urins aus demselben hinderte und dadurch allmählich Blase, linke Niere, deren Länge schlieſslich über 12½ cm betrug, und Ureter ausgedehnt wurden. Die anamnestischen Daten über Eltern und Geschwister der kleinen Patientin ergaben, daſs der Vater an Nierenleiden gestorben sei; keines der übrigen fünf Kinder zeigte aber eine Nierenerkrankung.

Stern-München.

Klinische Bemerkungen über die Katheterisation der Ureteren beim Manne bei elektrischem Licht, von Hurry Fenwick. (*Brit. med. Journ.* 15. Jan. 1898.) Wenn die Ureteren untersucht werden sollen, so soll es mit Vorsicht und

Sorgfalt geschehen; der Patient muſs zu Bette liegen und in demselben noch einige Stunden nach der Untersuchung verbleiben. Für die Ureterenkatheterisation sind bis jetzt das Nitzesche und das Caspersche Cystoskop in Gebrauch. Verfasser bedient sich mehr des letzteren, obwohl er beide im allgemeinen für gleichwertig und für verbesserungsbedürftig hält. Es empfiehlt sich etwa eine Stunde vor der Katheterisation den Patienten eine gröſsere Menge Flüssigkeit zu sich nehmen zu lassen, um die Nierenfunktion etwas anzuregen. In den meisten Fällen reicht zur Anästhesierung, wenn die Urethra geräumig und nicht empfindlich ist, Kokain aus. In anderen Fällen ist Chloroform dem Äther vorzuziehen. Um die Uretermündung rasch aufzufinden, läſst man den Patienten etwa eine Stunde vor der Untersuchung 1 dg Fuchsin in Pillenform nehmen. Der Urin erhält danach eine zarte Rosafarbe, sodaſs man nach Ausspülung der Blase den rosafarbenen Urin aus der Uretermündung ausfließen sieht. Das Fuchsin greift die Nieren nicht an. Die Sondierung des Nierenbeckens und Ureters unter elektrischer Beleuchtung zur Auffindung von Steinen ist beim Manne weit schwieriger als bei der Frau, sollte jedoch unter Beobachtung der gröſsten Vorsicht gut geübt werden, weil sich mittelst dieser Methode die Anwesenheit jedes kleinen Steines nachweisen läſst. Verfasser glaubt, daſs Verstopfungen der Ureteren durch Steine häufiger Ursache von Nierenschmerzen und Nierenkolik seien, als es gegenwärtig zugegeben wird. *C. Berliner-Aachen.*

Die multiple Cystenbildung in den Ureteren und der Harnblase, sog. Ureteritis cystica, von Marckwald. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 33.) Um die Frage bezüglich der Ätiologie der multiplen Cysten in den Ureteren zu entscheiden, hat der Verfasser an 700 Leichen Untersuchungen angestellt und kam dabei zu folgenden Resultaten: Die im Ureter vorkommenden Cysten entwickeln sich zum weitaus gröſsten Teil aus den sog. Brunsschen Epithelnestern durch Zelldegeneration; sie sind also Zerfallscysten. Die Nester finden sich angeboren, die Cysten entstehen zum gröſsten Teil im extrauterinen Leben, ihre Zahl im einzelnen Fall ist in weiten Grenzen dem Alter ihrer Träger proportional. Pathologische Dignität erlangen die Cysten durch excessives Auftreten. Entzündliche Veränderung und Infektion spielen weder bei der Entstehung, noch bei der Entwicklung der Cysten eine Rolle.

Göts-München.

Stein im Ureter, von Barling. (*Brit. med. Journ.* 26. Febr. 1898.) Die 32jährige Frau hat seit ihrer Kindheit fast beständig an Schmerzen in der unteren Abdominalgegend mit akuten Exacerbationen und Erbrechen gelitten. Vor ungefähr vier Jahren sollen ihr beide Ovarien entfernt worden sein. Die Schmerzen blieben jedoch dieselben. Vor einem Jahre, als sie wieder intensive Schmerzen in der rechten Bauchgegend hatte, wurde ihr von einem anderen Arzte die rechte Niere entfernt. Dies verschaffte ihr wesentliche Erleichterung in der Empfindlichkeit der rechten Seite, aber in der unteren Partie des Abdomens blieb der alte Schmerz bestehen. Mit Hülfe des Cystoskops wurde vom Verfasser die Diagnose auf das Vorhandensein eines Steines im rechten Ureter gestellt, der Stein entfernt, und die Patientin definitiv von ihren Schmerzen befreit. *C. Berliner-Aachen.*

Niere mit einem Stein im Ureter, von J. W. Taylor. (*Brit. med. Journ.* 30. April 1898.) Die 23jährige Frau litt seit Jahren bei jeder stärkeren Bewegung, sei es beim Gehen, Heben oder Fahren in einem Omnibus an empfindlichen Schmerzen in der linken Seite. Im Alter von fünf Jahren soll sie blutigen Urin gehabt haben. Seit dieser Zeit hatte sie keinerlei Harnbeschwerden mehr, keine Dysurie, keinen Harndrang oder Hämaturie. Der Urin enthielt jedoch geringe Mengen von Eiweiſs.

Die linke Niere wurde entfernt. Der obere Teil des Ureters war vollständig durch einen Stein verstopft, der sich in dieser Lage festgesetzt hatte und nicht mehr dislociert werden konnte. Die Niere war cystisch erweitert. Verfasser glaubt, dafs die Verrammelung des Ureters durch den Stein wahrscheinlich in früher Kindheit stattgefunden und die Niere ganz aufser Funktion gesetzt hat. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Nierenstein durch Röntgenstrahlen entdeckt und erfolgreich entfernt, von F. Taylor und A. D. Fripp. (*Brit. med. Journ.* 30. April 1898.) In dem Falle sind folgende Punkte von Interesse: 1. Die Andeutung der Lage eines Nierensteines durch einen Skiagraph. 3. Die abnorm hohe Lage des Steines über der 12. Rippe rechts. 3. Der vollständig atrophische Zustand der Niere. (Der Patient war erst 26 Jahre alt.) *C. Berliner-Aachen.*

Zur Harnuntersuchung, von W. C. Alpers-New York. (*Pharm. Centralh.* 1898. No. 34.) Eiweifsprobe: Ansäuerung des Harnes mit Salzsäure und Zusatz einer gleich grofsen Menge 1%iger Quecksilbersuccinimid-Lösung. Bei Anwesenheit von Eiweifs bilden sich weifse Wölkchen. 1 Teil Eiweifs kann in 150000 Teilen Flüssigkeit so nachgewiesen werden. — Sodann wird ein sehr zuverlässiges Verfahren zum quantitativen Nachweis von Zucker durch einen Apparat mit Glykoselösungen von bekanntem Gehalte beschrieben. Näheres ist im Original nachzusehen.

A. Strauſs-Barmen.

Ein neues Gährungssaccharometer, von Th. Lohnstein. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 87 u. 88.) Verfasser weist zunächst eingehend die Fehlerquellen des bisher gebräuchlichen Einhornschen Saccharometers nach, welches einen Zuckergehalt unter 0,5 nur sehr unrichtig anzeigt und auch bei Angabe höherer Werte durchaus nicht Sicherheit vor Fehlern bietet. Schon Sahli hat in seinem Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden den Einhornschen Apparat in Bausch und Bogen verworfen. Da bei diesem der geschlossene Schenkel ganz mit Urin gefüllt wird, so kann nur ein kleiner Teil der thatsächlich gebildeten Kohlensäure in Gasform an der Kuppe des Mefsrohres zur Abscheidung gelangen. Denn die Flüssigkeit in dem geschlossenen Schenkel steht beim Einhornschen Apparate unter dem Druck einer Atmosphäre, folglich ebenso die Kohlensäure, welche unter bestimmtem Druck vom Wasser absorbiert wird und erst dann sichtbar wird, wenn die ganze Flüssigkeitssäule mit Kohlensäure gesättigt ist. So werden nicht unbeträchtliche Mengen der sich bildenden Kohlensäure ganz übersehen. Lohnstein konstruierte daher ein neues Saccharometer, bei welchem beide Schenkel offen sind. Dann hat es keine Schwierigkeit, ihn so zu füllen, dafs über der Flüssigkeit ein konstantes Luftvolumen im Mefsrohr abgesperrt ist. Letzteres wird nämlich durch einen Stöpsel verschlossen, der seitlich ein Loch enthält, dem ein Loch in dem Halse des Mefsrohrs korrespondiert. Wenn man den Stöpsel so stellt, dafs beide Löcher übereinander stehen, so kann die Luft aus dem Mefsrohr entweichen; bei dieser Stellung ist also die Flüssigkeit in den Apparat zu gieſsen. Nachdem sie sich auf den Nullpunkt eingestellt hat, wird der Stöpsel gedreht, sodafs keine Luft mehr entweichen kann. Nunmehr wird die zum Abschlufs der beiden Schenkel voneinander nötige, dem Apparat beigegebene Quecksilbermenge vom offenen Schenkel aus in den Apparat gegossen, wodurch sich das Niveau nicht verschiebt. Auf diese Weise steht die sich entwickelnde Kohlensäure nur unter Partialdruck und kann nur nach diesem resorbiert werden, sodafs auch Zuckermengen unter 0,5 fehlerfrei bestimmt werden können. Verfasser empfiehlt noch wegen des Kohlensäuregehalts nur wenig Hefe, höchstens etwa 2 Vol.-Procent zu verwenden. Man nehme also für die etwa 10 ccm betragende Urinmenge ein Kügelchen von 4—6 mm

Durchmesser. Die Temperatur, für welche die Skala richtig ist, ist 25—30° C. An der Stelle des Meſsrohrs, bis zu der nach Beendigung der Gährung das Niveau der Flüssigkeit gesunken ist, findet man den zugehörigen Procentgehalt durch direkte Ablesung an der Skala. — Der gesetzlich geschützte Apparat ist, mit genauer Gebrauchsanweisung versehen, von Richard Kallmeyer & Co., Berlin N., Oranienburgerstraſse 45, zu beziehen. *I. Bloch-Berlin.*

Eine neue volumetrische Methode zur Schätzung der Harnsäure im Urin, von Tunnicliffe und Otto Rosenheim. (*Brit. med. Journ.* 5. Febr. 1898.) Das Prinzip der Methode beruht auf der Eigenschaft des Piperidins sich im molekularen Verhältnisse mit Harnsäure zu verbinden und auf der Löslichkeit des aus dieser Verbindung resultierenden Salzes. Die Methode selbst zerfällt in drei von einander unterschiedene Prozeduren: 1. In die Bereitung einer normalen Piperidinlösung. 2. In die Gewinnung der Harnsäure in reinem Zustande aus dem Urin. 3. In der Titrierung der Harnsäure mittelst der normalen Piperidinlösung. *C. Berliner-Aachen.*

Entdeckung von Tuberkelbacillen im Harn, von T. L. Webb. (*Brit. med. Journ.* 7. Mai 1898.) Die Tuberkulose des Harntractus kann auftreten in der Nierenrinde oder im Nierenbecken, in den Ureteren, Blase, Samenbläschen, Prostata. Die Krankheit beginnt wahrscheinlich durch Ablagerung von Tuberkelbacillen in diesen Organen, die vom Blute aus dorthin verschleppt worden sind. Ulcerationen und Abscesse setzen in der Mehrzahl der Fälle schon frühzeitig ein, und man findet im Urin neben Eiter und Blut Tuberkelbacillen, zuweilen nur das eine oder andere. Die Untersuchung des Urins auf Tuberkelbacillen ist am besten dann vorzunehmen, wenn ein eiterfreies Intervall eintritt und der Urin klar ist. Man läſst den Urin einige Stunden stehen und untersucht eine kleine mittelst Centrifuge erhaltene Portion des Sediments, das vorher mit Karbolfuchsin auf Deckgläschen gefärbt worden ist.
C. Berliner-Aachen.

Über Cystinurie, von F. Warburg. (*Dtsch. Medicinalztg.* 1898. No. 69 u. 70.) Verfasser bespricht im Anschluſs an einen Fall von Cystinurie mit konsekutiver Cystitis, Fieber, Hüftgelenkaffektion und Petechien an beiden Beinen in ziemlich erschöpfender Weise die Geschichte dieses Leidens, die verschiedenen Theorien und Beobachtungen über das Wesen der Cystinurie, sodaſs zur Kenntnisnahme der in der Arbeit reichlich mitgeteilten und kritisch verwerteten Litteratur auf die Lektüre der Originalabhandlung selbst verwiesen werden muſs. — In therapeutischer Hinsicht empfiehlt Verfasser, da das Cystin aus einer abnormen Zersetzung des Eiweiſs im Darm hervorgeht, eine hauptsächlich aus Kohlehydraten und Fetten bestehende Nahrung sowie Verabreichung von Darmdesinficientien. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Hämatoporphyrinurie, von R. D. Hotchkis. (*Brit. med. Journ.* 10. Sept. 1898.) Eine geisteskranke Frau erhielt wegen Schlaflosigkeit und Unruhe drei Monate hindurch täglich vor dem Schlafengehen 1¼ g Sulfonal, später mehrere Wochen hindurch früh und abends 1 g Sulfonal, als sie eines Tages mit schweren gastrischen Erscheinungen, Erbrechen, Schmerzen im Leibe, Magenkrampf erkrankte. Bei der Patientin hatten sich bereis vorher deutliche Anzeichen der allgemeinen progressiven Paralyse gezeigt. Von Interesse war die Beschaffenheit des Urins. Das spezifische Gewicht schwankte zwischen 1020 bis 1030, die Harnmenge war stets sehr gering. Eiweiſs war schon vorher in geringen Spuren, zu Beginn der Hämatoporphyrinurie in gröſserer Menge vorhanden. Die Farbe des Urins war anfangs tief burgunderrot, später hellrot und schwankte längere Zeit hindurch zwischen diesen

beiden Schattierungen. Die mikroskopische Untersuchung ergab ziemlich viel rote Blutkörperchen, geschrumpft oder aufgelöst. Sie bildeten bisweilen grofse, irreguläre braune Massen. Das Spektroskop deutete auf die Anwesenheit entweder von Hämatoporphyrin oder eine ihm verwandte Substanz hin. Die Temperatur war im Beginn der gastrischen Erscheinungen erhöht. — Die Patientin starb vier Wochen nach Eintritt der Sulfonalvergiftungssymptome. Verfasser glaubt zwar, dafs der letale Ausgang mehr der fortgeschrittenen Dementia paralytica zuzuschreiben sei, möchte jedoch angesichts des vorstehenden Falles bei dem Gebrauche von Sulfonal zur Vorsicht ermahnen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Wirkung des Lycetols bei der harnsauren Diathese, von Th. Hoven-M.-Gladbach. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 54.) Verfasser beschreibt einen schweren Fall von Gicht, bei dem die diuretische Wirkung des Lycetols, die durch dasselbe vermehrte Alkalescenz des Blutes und die hohen harnsäurelösenden Eigenschaften des Mittels die Anfälle sistierten. Er glaubt, dafs es möglich ist, durch mehrere Jahre nacheinander wiederholte Lycetolbehandlung den Gichtikern die Schmerzen der akuten Anfälle zu ersparen und auch schliefslich eine Heilung herbeizuführen. Dosis: Täglich 1 g Lycetol mit 1½ g Magn. ust., nachher ¼—½ Liter Roisdorfer Mineralwasser. Dabei entsprechende Diät und Lebensweise.

A. Strauß-Barmen.

Melanosarkom der Clitoris, von B. Marshall. (*Brit. med. Journ.* 19. Febr. 1898.) Die ersten Anzeichen der Krankheit bei der 57jährigen Frau traten vor vier Monaten als starke Reizung der vorderen Partie der Vulva und als erbsengrofser Tumor auf. Zur Zeit, als Verfasser die Patientin zum ersten Male sah, hatte der Tumor die Gröfse einer Wallnufs. Zwei kleinere Knoten wurden neben dem gröfseren an den Nymphen gefühlt. Das Gewächs wurde operativ entfernt und erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein melanotischer Tumor. Die benachbarten Hautpartien waren stark pigmentiert, die Inguinaldrüsen leicht vergröfsert. — Das Sarkom der Vulva ist sehr selten. Verfasser war in der Lage nur 19 Fälle zu sammeln, von diesen erwiesen sich 13 als Melanosarkom; nur zwei von ihnen nahmen ihren Ausgang in der Clitoris. Das melanotische Sarkom wächst häufig rapide und ist aufserordentlich bösartig, indem es sich durch die Lymphbahnen ausbreitet und Anlafs giebt zu metastatischen Geschwülsten in anderen Organen. Die operative Beseitigung der melanotischen Sarkome ist meist eine unzureichende. Nur in zwei der erwähnten Fälle trat vollständige Heilung ein. Man hat behauptet, dafs diese Geschwülste an der Vulva hauptsächlich bei jungen Frauen vorkämen. Verfasser fand jedoch, dafs in allen Fällen mit einer einzigen Ausnahme die Patienten bei Beginn der Erkrankung im Alter von 40—72 Jahren standen. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Pubertas praecox, von Klein. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 3.) Verfasser beschreibt ein von ihm beobachtetes 14 Monate altes Mädchen, welches, von gesunden Eltern stammend, wohlausgebildete Brüste, Behaarung der Genitalgegend und eine in regelmäfsigen vierwöchentlichen Intervallen auftretende Blutung aus der Vagina zeigte. Die nähere Untersuchung, durch die Widerspenstigkeit des Kindes sehr erschwert, ergab eine perkutorisch nachweisbare Dämpfung in der vorderen unteren Bauchgegend; vielleicht war dort ein Ovarialtumor vorhanden. Während das Kind zufällig an Masern erkrankte, fand die Blutung fortwährend statt.

F. Hahn-Bremen.

Verschiedenes.

Méralgie paresthésique, von Lop-Marseille. (*Presse méd.* 1. März 1899.) Lop berichtet einen Fall von Méralgie (Roth) oder Parästhesie des N. femoral. cutan. extern. bei einem 30jährigen kräftigen Manne. Anamnestisch waren eine biliöse Hämaturie (1893 in Dahomey) und ein Typhus (1894 in Madagaskar) zu erwähnen. Lues und Alkoholismus bestanden nicht. Doch leidet der Patient an Fettleibigkeit, frühzeitiger Kahlheit und häufigen Dermatosen. Seine jetzige Krankheit beruht nach Ansicht des Verfassers auf Abspannung und Erkältung. Der Patient empfand seit einem Jahre nach der geringsten Anstrengung die heftigsten 6—8mal täglich sich erneuernden Schmerzen im unteren Drittel des rechten Oberschenkels. Der Kranke, Schiffskapitän von Beruf, hatte bemerkt, dafs die schmerzhaften Krisen entstanden, wenn er mehrere Stunden auf der Kommandobrücke gestanden hatte. Beim letzten auf eine stürmische Fahrt folgenden Anfall, der dem kernigen Patienten 6 Tage lang Schlaf und Appetit raubte sowie die heftigsten Schmerzensäufserungen entlockte, trat eine Anästhesie der befallenen Femurstrecke gegen Stiche, Kälte und Hitze hinzu. Die geringste Reibung der Kleider aber verursachte die heftigsten Beschwerden. Auf äufsere Analgetica besserte sich der Zustand etwas. Patient begab sich aufs neue auf Reisen. Nach längerer Zwischenzeit hatte sich das Bild folgendermafsen gestaltet: Patient konnte wieder gut gehen, aber höchstens 20 Minuten lang. Dann traten die alten Schmerzen wieder auf. Die Sensibilitätsstörungen bestehen in gleichem Mafse fort, der Kranke hat noch immer das Gefühl, als sei das betreffende, dem oben erwähnten Nerven entsprechende Hautgebiet steif wie Kartonpapier.

Hopf-Dresden.

Anklage wegen fahrlässiger Körperverletzung nach Anwendung der Röntgenstrahlen (Röntgendermatitis), von Gocht. (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* Bd. II, Heft 3.) Der Patient war wegen eines Hüftleidens einmal eine halbe Stunde lang durchleuchtet worden; danach trat eine Dermatitis auf; da der Patient vorher 36mal den Röntgenstrahlen ohne dieses mifsliche Accidens ausgesetzt war, so nahm er eine Fahrlässigkeit bei Handhabung des Apparates an und verklagte Hoffa, der die Untersuchung angestellt hatte. Da dieser aber nachweisen konnte, dafs alles ordentlich zugegangen war und da der Sachverständige in demselben Sinne sich aussprach, so wurde der Kläger abgewiesen. Zur Erklärung der Thatsache, dafs Patient früher die Bestrahlung schadlos ertragen hat, nimmt Hoffa einmal eine kumulative Wirkung der Röntgenstrahlen an; ferner macht er geltend, dafs die Dermatitis oft erst 3—4 Wochen nach der letzten Bestrahlung auftritt. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilung über die Herstellung meiner galvanokaustischen Glühnadel aus Platin-Iridium, von Bloebaum. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1899, No. 33.) Verfasser teilt mit, dafs die von ihm angegebene Glühnadel jetzt aus Platin-Iridium hergestellt wird, da sie sich so weniger abnutzt und gröfsere Elasticität besitzt.

F. Hahn-Bremen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1. Lz. Ob. 4 Oc. 1.

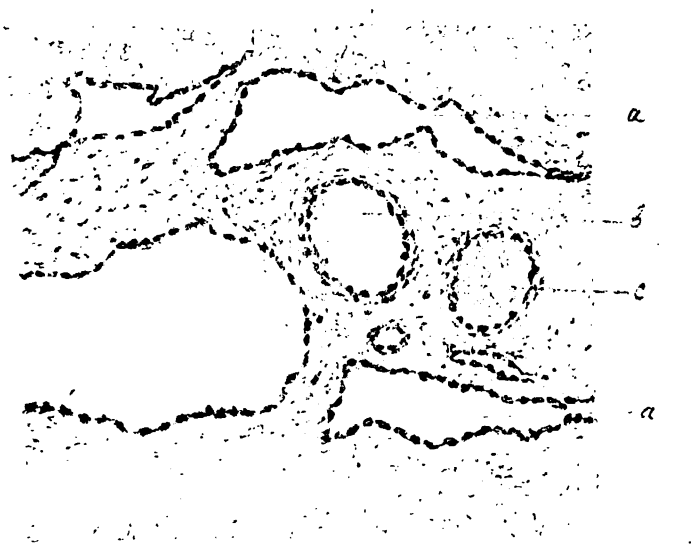


Fig. 2. Lz. Ob. 4 Oc. 1.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 2. 15. Juli 1899.

Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum der Haut.

Von

Dr. P. Pawlof,
Sekundärarzt des Moskauer Kriegshospitals.

(Mit Tafel III.)

Begrenzte oberflächliche Lymphangiome der Haut sind an und für sich ziemlich selten vorkommende Formen unter den Hauterkrankungen; darum glaube ich, dafs die Beschreibung eines solchen von mir im Jahre 1896 beobachteten Falles ein gewisses Interesse bieten dürfte.

Archippus B., 24 Jahre alt, Kanonier der 1. Grenadier-Artillerie-Brigade, wurde in die venerische Abteilung des Moskauer Kriegshospitals wegen Ulcus molle praeputii aufgenommen. Aufserdem wurde unsere Aufmerksamkeit auf ein besonderes Gebilde gelenkt, das sich auf der rechten Schulter des Kranken befand und auf den ersten Blick Ähnlichkeit mit kleinen Warzen hatte.

Die Anamnese ergab, dafs B. bis zum 19. Jahre vollständig gesund war. In diesem Jahre erkrankte der Patient an einem Brustleiden, dafs sich durch starke Schmerzen in der linken Brustseite äufserte. Die uns interessierenden Krankheitserscheinungen auf der rechten Schulter bestehen, so lange der Kranke sich nur erinnern kann. Nur waren diese Gebilde im Kindesalter viel schwächer entwickelt.

Mit der Zeit breiteten sich diese Neubildungen, obgleich auch sehr langsam, immer mehr über die Oberfläche der Haut aus.

In der Umgebung der schon vorgebildeten Erkrankungsherde entwickelten sich von Zeit zu Zeit neue Gruppen. So erschien eine Gruppe solcher Gebilde erst im Jahre 1894. Im Sommer, bei starker Schweifsabsonderung, beklagt sich der Kranke über Juckempfindung am Orte dieser Gebilde. Nach Aufkratzen solcher Bläschen entleerte sich in spärlicher Menge eine Flüssigkeit, dieser Ausflufs hörte jedoch bald von selbst auf.

Status praesens: Auf der hinteren Oberfläche der rechten Schulter, etwas niedriger als das Schultergelenk, so auch auf der Grenze zwischen dem oberen und mittleren Teil des Oberarmes, befinden sich gewisse Gebilde, die auf den ersten Blick, wie schon erwähnt, an kleine, warzenartige Wucherungen erinnern. Bei näherer Betrachtung erweist es sich, dafs diese Neubildungen aus Bläschen verschiedener Gröfse bestehen; bei gewisser Beleuchtung ist das Durchschimmern der dünnen Bläschendecke sehr klar zu sehen. Die Bläschen sind glänzend und erheben sich etwas über die Oberfläche der gesunden Haut, 1—8 mm hoch. Um die Bläschen herum ist weder Rötung, noch irgend eine Entzündungserscheinung sichtbar.

Die Bläschen haben eine unregelmäfsige rundliche Form und sind ziemlich verschiedener Gröfse. Einige sind wie ein Hirsekorn grofs und erheben sich kaum über die Oberfläche der gesunden Haut, sodafs sie nur bei aufmerksamer Betrachtung sichtbar sind. Andere wieder erreichen die Gröfse eines Stecknadelkopfes, eines Hanfkorns und sogar einer Linse. Einige Bläschen sind leicht gewölbt, andere wieder flach. Nur auf wenigen Stellen kommen vereinzelt stehende Bläschen vor, meistens finden wir sie dichtstehend in kleine, ziemlich unregelmäfsiger Form abgesonderte Gruppen gesammelt. In manchen Fällen besteht eine solche Gruppe aus 3—4 dicht aneinander stehenden Bläschen und hat die Gröfse einer Erbse. Andere Gruppen, wo mehr Bläschen sind, erreichen die Gröfse eines Zehnpfennigstückes. Die Oberfläche dieser Gruppen ist infolge ungleicher Höhe der dicht aneinander stehenden Bläschen uneben, rauh, sodafs dieses Gebilde auf den ersten Blick an Warzenbildungen erinnert. Dort, wo die aneinanderstehenden Bläschen zusammenstofsen, finden wir kleine Kapillarbildungen durchschimmern. Diese Kapillarbildungen sind intensiv dunkelrot gefärbt und unverändert die ganze Zeit durch, die der Kranke unter unserer Obhut verbrachte.

Eine Gruppe solcher Gebilde, eine Erbse grofs, hatte das Besondere, dafs alle darin einbegriffenen Bläschen, mit Ausnahme eines am Rande stehenden, mit blutigem Inhalt gefüllt waren. Diese letzte Gruppe ragte mehr über die Oberfläche hervor (bis 3 mm hoch) und zeichnete sich durch ihre intensiv dunkelrote Färbung und derbe Konsistenz vor den anderen Gruppen aus. Die Hornschicht fühlte sich viel trockener und derber an und hatte stellenweise begrenzte, trockene, weifsliche Abschuppungen aufzuweisen. Bei Druck auf die an diese Gruppe angrenzende Hautpartie, um so viel wie möglich den Abfluſs des venösen Blutes zu erschweren, konnte man leicht beobachten, wie das einzige eben erwähnte Bläschen, das mit hellem Inhalt, sich mit Blut füllte und einen blaurot gefärbten Inhalt durchschimmern liefs. Nach Aufhebung des Druckes nahm das Bläschen wieder seine helle Färbung an. Die Hornschicht, die die Decke aller anderen Bläschengruppen bildet, ist leicht glänzend und schimmert durch. Nur da, wo die Bläschen gröfser sind, fanden wir auf deren Oberfläche trockene harte, schwer abtrennbare Schuppen. Auf solchen Stellen war kein Durchschimmern zu bemerken. Bei länger andauerndem Druck auf einzelne Bläschen mit dem Knopf einer Sonde ist der Inhalt, wenn auch in geringem Grade, verdrängbar. Die Decke ist dann in der Mitte eingesunken. Nahm man die Sonde weg, so füllten sich die Bläschen nur langsam wieder. Beim Anstechen mit einer Nadel entleerten sich 2—3 Tropfen ganz klarer Flüssigkeit. Durch Pressen der Umgebung gelang es nicht den Ausfluſs zu vermehren. Der Ausfluſs hörte bald von selbst auf und das eingefallene Bläschen füllte sich wieder von neuem. Ein Tropfen solchen Sekrets giebt nach Bearbeitung und Färbung mit Methylenblau bei mikroskopischer Untersuchung ein Bild von Fibrinfasern, worunter einzelne Lymphocyten und noch seltener einzelne rote Blutkörperchen zu sehen sind.

Der Allgemeinzustand des Kranken: Patient etwas abgemagert, anämisch. Alle inneren Organe normal, im Herzen keine organischen Veränderungen nachweisbar.

Zu Zwecken der mikroskopischen Untersuchung wurde ein kleines Stückchen Haut mit dem Unterhautzellgewebe ausgeschnitten, wobei eine kleine Gruppe von Bläschengebilden mitentnommen wurde. Die Exstirpation dieses Stückchens wurde von ziemlich starker Blutung aus kleinen Blutgefäfsen begleitet, die durch Anlegen von Ligaturen zum stillstehen gebracht wurde. Das zur Untersuchung bestimmte Stückchen wurde erst

in Müllerscher Lösung gehärtet, darauf in Alkohol, dann in Celloidin eingelegt. Die Schnitte mit Hämatoxylin und Eosin gefärbt.

Die Übersicht der mikroskopischen Präparate bei schwacher Vergrößerung läßt vor allem Hohlräume verschiedener Größe erkennen, deren Mehrzahl in der Papillarschicht und in den oberen Teilen des Corium gruppiert sind. In den mittleren Schichten des Corium sind solche Hohlräume nicht vorhanden. Jedoch in den unteren Schichten des Corium, sowie auch in dem Unterhautzellgewebe, soweit letzteres bei der Exstirpation des Stückchens mitentnommen, treffen wir wieder solche Hohlräume, obgleich in geringerer Zahl als im Stratum papillare. Die Übersicht der Präparate bei stärkerer Vergrößerung giebt folgendes:

Die Hornschicht ist nicht verdickt, nur an manchen Stellen bemerken wir ein unbedeutendes und nicht sehr dichtes Aufschichten von Hornplatten. An Stellen, die den großen Hohlräumen entsprechen, liegen die Hornplatten ziemlich dicht aneinander (siehe Fig. 1).

Rete Malpighii. Die Körnerschicht ist sehr schwach entwickelt. An manchen Stellen, dort, wo keine großen Hohlräume sind, finden wir die Zahl der Stachelschichten vermehrt und die interpapillaren Zwischenräume verlängert, sodaß man in den oberen Schichten des Corium stellenweise die Abzweigungen des Malpighiumnetzes auffinden kann. An den Stellen, wo größere Hohlräume vorkommen, ist das Rete Malpighii etwas schmäler. In den Zellen der Pallisadenschicht lassen sich keine Pigmentansammlungen nachweisen.

Corium. Strukturveränderungen finden wir hauptsächlich, wie schon gesagt, in der Papillarschicht und den oberen Schichten des Corium. Hier lassen sich Hohlräume verschiedener Größe erkennen. Der Inhalt solcher Hohlräume besteht stellenweise aus zarten, bei der Bearbeitung des Präparates nicht zerstörten körnigen Fibringerinnseln, worin vereinzelte Lymphocyten erkennbar sind. Wieder stellenweise kommen Hohlräume vor, deren Inhalt aus Fibringerinnseln mit roten Blutkörperchen besteht. Alle Hohlräume sind von einem einschichtigen Endothelsaum umgeben, welcher einzig deren Wandung bildet.

Dabei stehen diese Endothelzellen in den kleineren Hohlräumen dichter aneinander und haben eine mehr bauchig gegen das Lumen vorspringende Form, wogegen in den großen Hohlräumen das Endothel mehr abgeplattet ist und in einigen Hohlräumen sogar ganz fehlt. Die Form dieser Hohlräume ist ziemlich verschieden: unregelmäßig rundlich, oval oder eckig. Stellenweise treffen wir einfach ausgedehnte Kanäle mit spitzen Enden, von einem Endothelsaum umgeben.

Diese Hohlräume scheinen nicht isoliert, sondern in gewissem Zusammenhang zu einander zu sein, da man stellenweise ganz klar nachweisen kann, daß der Hohlraum in eine feine Spalte verläuft, wobei das

Endothel des Hohlraumes eine unmittelbare Fortsetzung des Spaltenendothels bildet. An der Stelle, wo der Hohlraum zur Spalte verläuft, wird er viel schmäler und nimmt eine ampullenartige Form an.

Die gröfsten Hohlräume befinden sich in der Papillarschicht und entsprechen gerade den oben beschriebenen Bläschenbildungen. Diese Hohlräume stehen stellenweise so dicht aneinander, dafs die Scheidewände zwischen zwei solchen Bläschen stark abgeplattet werden; sie sind aus zwei Endothellagen mit einer schmalen Schicht von Bindegewebe dazwischen gebildet. Stellenweise werden diese Scheidewände vom Druck ganz usuriert. In anderen Scheidewänden sind stark zusammengepreſste Blutgefäfse zu sehen.

Nächstliegend an den grofsen Hohlräumen trifft man nicht selten kleinere, von den ersteren durch breite Bindegewebslagen geschieden. Mit einem Worte, die gegenseitige Lage dieser Hohlräume erinnert uns an einen Querschnitt eines stark gewundenen Gefäfses, das beim Durchschnitt an mehreren Stellen getroffen ist. Gewisse Veränderungen treffen wir auch in den Schichten des Rete Malpighii, welche die Decke der oben beschriebenen Bläschen bilden und so diese grofsen Hohlräume von oben begrenzen. Hier ist das Rete Malpighii unter dem Druck, den der Inhalt der Hohlräume auf die Umgebung ausübt, so abgeplattet, dafs die ganze Decke der Bläschen stellenweise nur aus Hornschicht und zwei bis drei Lagen darunter liegender abgeplatteter Epithelzellen besteht; die Körner solcher Zellen lassen sich ziemlich schwach färben. So stark das Rete Malpighii auch zusammengepreſst ist, so finden wir doch nirgends, dafs letzteres unmittelbar an die Hohlräume grenzt. Überall dagegen ist zwischen der Endothellage des Hohlraumes und den Zellen des Rete Malpighii eine noch so schmale Bindegewebslage nachzuweisen. Kommen wir auf die Veränderungen im Corium zurück, so müssen wir auf die im Bindegewebe alleinstehenden rundlichen und spindelförmigen Zellen aufmerksam machen. Aufserdem treffen wir nicht selten, wie in den Papillen, so auch in den oberen Schichten des Corium, hauptsächlich um die Hohlräume herum, runde und spindelförmige Elemente in Gruppen verschiedener Gröfse angehäuft. Zwischen diesen Zellengruppen treffen wir stellenweise spaltförmige Hohlräume, wobei die an solche Spalträume angrenzenden Zellen runder, spindelartiger Form sind und sich durch gröfseren Umfang von den anderen Zellen dieser Gruppe unterscheiden. In der Umgebung der Blutgefäfse des Corium, so auch teilweise in den Papillen selbst, sind kleinere Gruppen runder und spindelförmiger Zellen zu konstatieren. An den Stellen, wo das Lumen des Blutgefäfses nicht mit Zellenansammlungen ausgefüllt ist, kann man endotheliale Wucherung der Intimae der Wandung klar unterscheiden. Blutgefäfse, die nahe an den Hohlräumen liegen, sind zusammengedrückt. In der Nähe der Venengefäfse sind entweder keine Zellen-

gruppen zu finden, oder kommen solche nur stellenweise vor und sehr klein im Umfang. Dabei ist das Lumen der Venengefäfse, überhaupt in den unteren Schichten des Corium, deutlich erweitert.

In den mittleren und unteren Schichten des Corium, ungefähr bis an das Unterhautzellgewebe, finden wir absolut keine Hohlräume. Nur auf einem Präparate trafen wir dicht an den Talgdrüsen zwei stark ausgedehnte spaltförmige Lymphgefäfse. Diese letzteren wurden beim Durchschnitt der Länge nach getroffen; sie hatten eine senkrecht zur Hautoberfläche aufsteigende Richtung und wiesen stellenweise variköse Erweiterungen auf. Wie die Lymphspalten, so sind auch deren Erweiterungen von einer Schicht Plattenepithels ausgekleidet. Auf der Grenze zwischen Corium und dem Unterhautzellgewebe, wie auch in dem letzteren, soweit dasselbe mit dem entnommenen Stückchen ausgeschnitten, treffen wir in grofser Anzahl breite Lymphgänge mit grofsen varikösen Erweiterungen, dabei sehr unregelmäfsiger Form. Wie die einen, so sind auch die anderen mit einer Schicht platten Endothels besetzt. Um diese Lymphgefäfserweiterungen herum sind einzelne rundliche spindelförmige Zellen zerstreut (siehe Figur 2).

Die Schweifsdrüsen sind überall gut erhalten, ohne jegliche Veränderungen. Auch die Talgdrüsen und die Haarfollikel sind ganz normal.

Der typische Bau dieser Neubildungen, sowie auch die Resultate der mikroskopischen Untersuchung liefsen mich den von mir beobachteten Fall an die erste Gruppe oberflächlicher Lymphangiome anreihen (Lymphangioma superficiale simplex s. circumscriptum nach der Klassifikation von Unna), da diese Lymphräume in der gröfsten Zahl und am meisten entwickelt vorzugweise in den oberen Schichten der Haut vorgefunden wurden. Unser Fall dürfte nicht unter die zweite Form von Lymphangioma superficiale eingereiht werden, da hier keine Spuren von tiefliegenden Lymphangiektasien vorgefunden, die der Entwickelung des Lymphangioma vorangehen müfsten, wie es in dem von Heuss beschriebenen Falle war.

Der von mir beschriebene Fall hat grofse Ähnlichkeit mit dem von Schmidt beobachteten, da wir hier aufser Neubildungen von Lymphräumen in den oberen Schichten des Corium und in den Papillen noch stark entwickelte Hohlräume in dem Unterhautzellgewebe vorfinden.

Bei der Übersicht der hier vorhandenen mikroskopischen Veränderungen erhebt sich die Frage, ob es sich hier um Neubildungen von Lymphgefäfsen und sekundärer Lymphangiektasie oder um einfache Lymphangiektasie handelt.

Bedeutende Ektasie der Lymphgefäfse und Bildung von Hohlräumen unter dem Druck der darin befindlichen Flüssigkeit, das alles weist darauf hin, dafs zum Abfluſs der Lymphe ein gewisses Hindernis vorhanden ist.

Doch nach UNNA kann eine solche Lymphangiektasie nicht ausschliefslich durch Stauung im Lymphsystem allein hervorgerufen werden, da der normale Zustand des Venensystems dank den Anastomosen mit den Lymphgefäfsen solch eine Stauung der Lymphflüssigkeit in den Geweben vollständig beseitigt. Darum, sagt UNNA, setzt jede Lymphektasie ein doppeltes Hindernis, auf der venösen und auf der lymphatischen Bahn voraus.

Aus den mikroskopischen Untersuchungen unseres Falles erweist es sich, dafs hier aufser Lymphektasien noch stark dilatierte venöse Gefäfse vorhanden; letzteres weist auf eine durch irgend ein Hindernis hervorgerufene Stauung im Venengebiete hin. Als Beweis für Neubildung der Lymphgefäfse dient in gewissem Mafse der Umstand, dafs in unserem Falle Lymphspalten und Hohlräume in den oberen Schichten der Hautpapillen vorhanden sind. Indessen zeigen die Untersuchungen von RANVIER und KÖLLIKER,[1] dafs in normalem Zustande die Papillen entweder keine Lymphgefäfse enthalten oder man solche stellenweise nur bis zur Grenze des unteren Drittels der Papillen trifft. Der Nachweis erweiterter Lymphgefäfse an Stellen, wo sie normalerweise nicht vorkommen, spricht für einen Neubildungsprozefs. Dafür, dafs wir hier eine von den Lymphgefäfsen ausgehende Neubildung von Hohlräumen durch Proliferation der Wandungselemente vor uns haben, spricht auch die fast ununterbrochene, regelmäfsige Bekleidung der Hohlräume mit Endothel; in kleineren Hohlräumen ist dies Endothel viel dichter und hat eine mehr bauchige Form.

Über die eben beschriebenen inmitten starker Zellhaufen liegenden spaltförmigen Hohlräume geben verschiedene Autoren verschiedenen Aufschlufs. So halten sie NASSE[2] und TÖRÖK für autochthon entstandene Lymphgefäfse. Nach SCHMIDT sind diese Spalten, um die herum sich endothelähnliche Zellen gruppieren, nichts anderes als Ausläufer, Endothelsprossungen, ausgehend von vorgebildeten Lymphgefäfsen. Die Ansicht von UNNA scheint der Sache näher zu treten; er meint, dafs diese Hohlräume als primär durch Lymphstauung dilatierte Lymphspalten mit sekundärer Endothelbildung aufzufassen sind.

Hier mufs noch von den zwischen den Bläschen liegenden Gefäfsbildungen erwähnt werden, die in unserem Falle vorgefunden wurden. Deren Genese ist noch nicht vollständig aufgeklärt. Die einen, wie NASSE und TÖRÖK, sehen sie als selbständig neugebildete Angiome der Haut an und betrachten das als eine Kombination von Hämatoangioma mit Lymphangioma. Andere wieder, wie BESNIER, SMET und BÖCK,[3]

[1] Cit. nach TÖRÖK, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. XI, S. 111.
[2] Cit. nach UNNA, *Histopathologie.*
[3] Cit. nach TÖRÖK, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIV.

gehen weiter und behaupten, dafs die Lymphangiomata an und für sich selbst ein Produkt von Degeneration der Angiome sind, wobei letztere cystenartig dilatiert und das einbehaltene Blut durch seröse Flüssigkeit ersetzt. UNNA spricht sich jedoch entschieden gegen diese und jene Meinung aus.

Nach seiner Meinung kann der stark erhöhte Druck, den die mit Flüssigkeit gefüllten Hohlräume auf die Gefäfse ausüben, nicht für die Proliferation der Elemente des Gefäfssystems günstig sein. In der That, wie es in den Präparaten unseres Falles zu sehen ist, sind die in der Nähe von Hohlräumen liegenden Gefäfse zusammengepreſst und zur Seite gedrückt. Was die bei Lymphangioma vorkommenden mit Blut gefüllten Hohlräume anbetrifft, so kann das durch einfachen Bluterguſs in den Hohlraum nach Berstung irgend eines erweiterten und usurierten nahe darüber hinziehenden Blutgefäfses erklärt werden. Die zwischen den Bläschen der Lymphangiomata vorkommenden Gefäfsbildungen sieht UNNA als einfache Ektasien der Blutgefäfse an, durch Stauung im Venengebiete hervorgerufen, was immer bei Lymphangiomen, nach seiner Meinung, der Fall ist.

Da ich auf den von mir beobachteten Präparaten keine Spur von Neubildung der Blutgefäfse finden konnte, im Gegenteil letztere zwischen den Hohlräumen zusammengedrückt waren, so mufste ich mich an die Meinung von UNNA anschliefsen und die von mir beobachteten Gefäfsbildungen als einfache Ektasien der Gefäfse anerkennen. Demgemäfs sind auch die auf meinen Präparaten sichtbaren einzelnen Gruppen dunkelrotgefärbter Bläschen nichts anderes als Bläschen des Lymphangioma mit Bluterguſs in deren Lumen. Mir scheint, dafs ich mit noch gröfserer Begründung mich an die von mir eben ausgesprochene Ansicht halten kann, da ich während des klinischen Verlaufes in einer der Bläschengruppen in der That einen plötzlichen Bluterguſs in mehrere Bläschen beobachten konnte. Die Bläschen hatten ursprünglich ihr gewöhnliches Aussehen, stark durchschimmernd, nach dem Bluterguſs nahmen sie eine intensiv dunkelblaue Farbe an und blieben so die ganze übrige Zeit durch, die der Kranke unter meiner Beobachtung verbrachte.

Da in dem von uns beschriebenen Falle keine sichtbaren mechanischen Hindernisse zum Abfluſs der Lymphe und des Venenblutes vorhanden sind, so müssen wir als Genese nach UNNA zulassen, dafs irgendwo niedriger als die von den Neubildungen betroffene Stelle in dem Lymph- und Venensystem ein begrenzter angeborener Entwickelungsfehler vorhanden. Dieser Entwickelungsfehler konnte eine begrenzte Lymphstauung nach sich führen, die wiederum einen Stofs zur Proliferation von Lymphangioblasten und zur Entwickelung von oben beschriebenen Hohlräumen geben konnte.

Erklärung der Tafel.

Fig. 1. Querdurchschnitt der Haut in den oberen Schichten. Leitz, ob. 4, oc. 1. a) Stratum corneum, b) Rete Malpighii, c) Lymphräume, stellenweise mit feinkörnigem, geronnenen Inhalt, d) Zellenansammlungen um die Hohlräume herum.

Fig. 2. Querdurchschnitt der Haut auf der Grenze mit dem Unterhautzellgewebe. Leitz, ob. 4, oc. 4. a) Lymphhöhlen, b) Querschnitt einer Arterie, c) Vene der Haut.

Litteratur.

1. Noyes und Török, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. XI, No. 2 u. 3.
2. Török, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. Bd. XIV, No. 5.
3. Schmidt, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1890. S. 529.
4. Unna, *Histopathologie der Hautkrankheiten.* 1894. S. 937.
5. Heuss, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. XXIII, No. 1.

(Übersetzt von Dr. Joseph Eichtmayr.)

Aus der Station für Geschlechtskranke der Stadt Berlin im Städt. Obdach (unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Behrend).

Weitere Mitteilungen über die Beteiligung des weichen Gaumens bei der Stomatitis mercurialis.

Von

Dr. Ernst Levin,
Assistenzarzt der Station.

Den beiden im vorigen Jahre veröffentlichten Fällen von merkuriellen Geschwüren am weichen Gaumen[1] kann ich drei weitere hinzufügen, welche im Laufe des Jahres auf der Station für Geschlechtskranke im Städt. Obdach zur Beobachtung gekommen sind.

1. Die 18jährige Prostituierte Minna B., Rec.-No. 1229/98, hatte von November 1897 bis Januar 1898 eine Schmierkur von 120 g grauer Salbe ohne Intoxikationserscheinungen durchgemacht. Ende Oktober 1898 wurde sie eines Recidives wegen einer erneuten Schmierkur unterworfen, welche Mitte November wegen geringer stomatitischer Erscheinungen zwei Tage lang unterbrochen werden mufste, während die syphilitischen Erscheinungen zu dieser Zeit völlig geschwunden waren. Am 10. Dez. stellten sich Schmerzen beim Schlucken ein und am 12. Dez., bei Abschlufs der üblichen Behandlung von 40 Einreibungen zu je 3 g, zeigte sich eine diffuse Rötung der linken Hälfte des weichen Gaumens, in deren lateralem Abschnitte sich eine ovale, gelblich gefärbte Stelle von 2 cm Längs- und 1,5 cm Querdurchmesser ohne scharfe Begrenzung abhob. An der Innenfläche des freien Randes des Processus alveolaris des Oberkiefers fand sich eine Stomatitis mäfsigen Grades. Unter Bepinseln

[1] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898. Bd. XXVI, S. 194.

mit Wasserstoffsuperoxyd breitete sich das Geschwür in den nächsten Tagen in unregelmäfsiger Weise aus und zeigte etwas stärkeren Eiterbelag, der sich dann bis zum 18. Dez. unter Hinterlassung einer intensiven Rötung abstiefs. Im Verlauf von weiteren acht Tagen verwischten sich allmählich die Konturen des Geschwüres und es blieb nur noch eine geringe Rötung zurück, während die entzündlichen Erscheinungen an der Schleimhaut des Processus alveolaris des Oberkiefers ohne Hinterlassung irgend welcher Spuren geheilt waren. Das Allgemeinbefinden der Patientin war während des Verlaufes der Stomatitis nicht gestört.

2. Die 16jährige Prostituierte Anna W., Rec.-No. 337/99, bisher nicht krank gewesen, wurde am 16. Juni 1899 mit Papeln an den Genitalien und der Schleimhaut der Oberlippe und doppelseitiger kondylomatöser Angina aufgenommen und mit Einreibungen von grauer Salbe behandelt. Schon nach fünf Tagen bemerkte sie Schmerzen beim Essen, zwei Tage später, also nach sechs Einreibungen, trat eine Entzündung der rechten Wangenschleimhaut auf. Die Schmierkur wurde unterbrochen und die erkrankte Wangenschleimhaut mit Wasserstoffsuperoxyd behandelt. Nach weiteren vier Tagen gesellte sich Schwellung und Rötung der rechten Hälfte des weichen Gaumens hinzu, auf der sich ein zehnpfennigstückgrofses, rundliches, nicht ganz scharf begrenztes Geschwür mit gelblich-eitrigem Belage fand. Unter Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd stiefs sich am nächsten Tage der Eiterbelag ab; das Geschwür verkleinerte sich sehr bald unter Abnahme der Schwellung, sodafs nur noch die Rötung in unveränderter Weise fortbesteht. Das Allgemeinbefinden blieb andauernd gut, die Erscheinungen von Syphilis haben sich erst sehr wenig zurückgebildet. Patientin befindet sich zur Zeit noch in Behandlung.

3. Die 18jährige Prostituierte Laura D., Rec.-No. 781/98, welche bisher angeblich nicht syphilitisch erkrankt gewesen war und sich zur Zeit im fünften Monat der Schwangerschaft befand, wurde wegen eines am 10. Okt. 1898 an der rechten Brust und im Gesicht aufgetretenen papulösen Syphilids einer Schmierkur unterworfen. Dieselbe konnte, da ein nach wenigen Tagen aufgetretenes merkurielles Ekzem an der Innenfläche beider Oberschenkel sich innerhalb 14 Tagen unter Anwendung von Einpuderungen zurückbildete, ohne Unterbrechung bis zum 16. Nov., also bis zur 37. Einreibung durchgeführt werden. An diesem Tage trat ganz akut eine heftige Stomatitis auf. Dieselbe bestand neben Schwellung und Auflockerung des Zahnfleisches des Unterkiefers, welches an seinem freien Rande in beginnendem Zerfall begriffen war und bei der Berührung leicht blutete, in einem Geschwür an der rechten Hälfte des im ganzen mäfsig geröteten weichen Gaumens. Das Geschwür war von länglich-runder Form, mafs in sagittaler Richtung 3—4 cm, in transversaler 2 cm, zeigte einen dicken, grünlich-gelben Belag und war von der Umgebung nicht ganz scharf abgegrenzt. Syphilitische Erscheinungen waren seit über acht Tagen nicht mehr nachweisbar gewesen. Unter Aussetzen der Allgemeinbehandlung und Bepinseln mit 1,5 %iger alkoholischer Sublimatlösung vergröfserte sich das Geschwür, während die Rötung des weichen Gaumens zunahm und sehr starker Speichelflufs auftrat. Zunächst wurde die Uvula in den geschwürigen Prozefs einbezogen und es bildete sich an derselben nach links eine scharfe rundliche Begrenzung mit hochrotem Saum aus; der Zerfall schritt alsdann noch weiter nach links fort und befiel weiterhin auch den linken vorderen Gaumenbogen. Ungefähr acht Tage nach Beginn der Stomatitis reinigte sich die grofse Geschwürsfläche durch Abstofsen des Belages vom oberen Rande her. Derselbe war am 26. Nov. zum gröfsten Teil entfernt und es erschien unter ihm eine graue, von scharfem roten Rande umgebene Fläche. Das Aussehen derselben konnte für denjenigen, der den Verlauf nicht kannte, den Eindruck erwecken, dafs es sich hier um eine syphilitische Veränderung handelte, ein

Verdacht, der durch das geschilderte serpiginöse Fortschreiten des Geschwürs noch bestärkt wurde. Mit Rücksicht darauf wurden die Einreibungen mit grauer Salbe fortgesetzt. Während danach der ursprüngliche rechtsseitige Geschwürsabschnitt sich nur insofern veränderte, als die graue Farbe in eine lebhaft rote überging, trat im linksseitigen Abschnitt wieder reichlicher grüngelber Eiterbelag auf; immer profuser werdende Salivation machte im Verein mit einem frisch auftretenden Geschwür an der Innenfläche des Processus alveolaris des Unterkiefers fast jede Nahrungsaufnahme seitens der Patientin unmöglich; dieselbe bot das Bild einer schweren Allgemeinerkrankung dar, die sich in Appetitlosigkeit, Blässe, Abmagerung äufserte. Am 5. Dez. wurde deshalb die weitere Quecksilberdarreichung sistiert, die Patientin möglichst kräftig ernährt und die erkrankte Mundschleimhaut mit Wasserstoffsuperoxyd gepinselt. Schon nach wenigen Tagen liefs der Speichelflufs nach, der Eiterbelag hatte sich nach acht Tagen gänzlich abgestofsen, auch die Rötung der Geschwürsfläche nahm ab und der Rand begann sich zu verwischen. Bei der am 15. Dez. erfolgten Entlassung war das Geschwür an der Innenfläche des Processus alveolaris des Unterkiefers geheilt, an der Aufsenfläche war das Zahnfleisch noch leicht geschwollen und aufgelockert, am Gaumen bestand mäfsige Rötung. Wie eine im März 1899 vorgenommene Untersuchung der Patientin zeigte, hatte der Prozefs auf der rechten Seite des weichen Gaumens durch Bildung einer scharfrandigen vertieften Narbe seinen Abschlufs gefunden, die sich durch stärkere Rötung von der ganz normalen Schleimhaut der linken Gaumenhälfte abhob.

Der letzte Fall zeigt, wie schwierig unter Umständen bei den Geschwüren des weichen Gaumens die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Merkurialismus sein kann und es könnte sich sogar in Anbetracht des Umstandes, dafs die fünf bisher von mir beschriebenen Fälle im Verlauf einer syphilitischen Erkrankung auftraten, der Gedanke aufdrängen, dafs diese zu der Entstehung der Geschwüre in einer gewissen Beziehung stehe. Dafs dem nicht so ist, zeigt ein weiterer Fall, welcher der Praxis des Kollegen Alfred Arnheim entstammt, dem ich auch an dieser Stelle für die Überlassung desselben meinen besten Dank ausspreche.

Es handelt sich um einen 65jährigen Droschkenkutscher, der am 6. Dez. 1898 zur Behandlung kam, nachdem er wegen Morpionen eine zweimalige Einreibung mit grauer Salbe, die ihm ärztlicherseits verordnet worden war, vorgenommen hatte. Derselbe war seiner Angabe nach niemals syphilitisch krank gewesen und wies auch keine Spuren überstandener oder noch bestehender Syphilis auf. Es fand sich bei ihm ein ausgedehntes papulöses Ekzem am ganzen Rumpf, Stomatitis am Zahnfleisch des Unterkiefers, Schwellung der Schleimhaut der rechten Wange. An dieser kam es im Verlauf von vier Tagen zur Geschwürsbildung; zugleich hatte sich eine ausgedehnte Ulceration entwickelt, welche den ganzen weichen Gaumen einnahm und auch noch etwas auf den harten Gaumen übergriff. Die Heilung des Prozesses dauerte fast drei Wochen.

Offenbar war bei diesem Manne eine Idiosynkrasie gegen Quecksilber vorhanden, sodafs es schon nach Aufnahme geringer Mengen zu so schweren Erscheinungen kam; auch in dem dritten vorher beschriebenen Falle deutet das frühzeitige Auftreten des Quecksilberekzems auf eine besondere Empfindlichkeit des Organismus gegenüber dem Quecksilber hin.

Aufserdem handelte es sich um eine mäfsig ernährte schwächliche Person, bei der noch die Schwangerschaft als weiteres, die Widerstandsfähigkeit des Körpers herabsetzendes Moment hinzukam. Diese Verhältnisse lassen das Auftreten einer Stomatitis und auch einer schweren Form derselben begreiflich erscheinen, sie erklären aber noch nicht die beschriebene Lokalisation derselben.

Dafs diese nicht zu den gewöhnlichen gehört, geht daraus hervor, dafs Vogel in *Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie*[2] schreibt: „Die Zungenfläche, der harte und weiche Gaumen sowie der Rachen bleiben von der Stomacace stets verschont.“ Nach Strümpell[3] bleiben Zunge und Gaumen von stärkeren Veränderungen meist frei, sind aber häufig der Sitz einer katarrhalischen Entzündung. Auch in dem Aufsatz von Schulz über Quecksilber in *Eulenburgs Real-Encyklopädie*[4] wird die Lokalisation am Gaumen nicht erwähnt. Wenden wir uns zu der Beschreibung des gewöhnlichen Verlaufes der bei der Quecksilberbehandlung auftretenden Stomatitis in den Lehrbüchern von Lang,[5] Lesser,[6] Kaposi,[7] Neumann,[8] so wird auf eine Beteiligung des Gaumens nirgends hingewiesen, während die analogen Prozesse an der Zunge, der Wangenschleimhaut, ja auch auf den Tonsillen überall beschrieben werden. Ausdrücklich erwähnt wird das Auftreten stomatitischer Erscheinungen am Gaumen von Jullien,[9] der dasselbe als selten bezeichnet.

Häufiger findet sich die Affektion anscheinend bei den schweren Fällen von Quecksilbervergiftung, die namentlich nach Injektionen von grauem Öl beobachtet und von Kaposi,[10] Klien,[11] Ledermann[12] beschrieben worden sind. In diesen sämtlich letal verlaufenen Fällen fanden sich ausgedehnte Nekrosen der Gaumenschleimhaut.

Die durch plötzliche Resorption grofser Quecksilbermengen aus den bei der Injektion gesetzten Depots erfolgenden enormen Schleimhautschwellungen, die starke Schädigung des Gesamtorganismus, der schliefslich der Schwere der Vergiftung nicht gewachsen war, lassen es in diesen Fällen begreiflich erscheinen, dafs auch der weiche Gaumen, der sonst

---

[2] Bd. VII, 1. S. 49.
[3] *Lehrb. der spez. Path. u. Ther.* 1889. Bd. I, S. 522.
[4] Bd. XVI, S. 321.
[5] *Vorlesungen üb. Path. u. Ther. d. Syphilis.* 1896. S. 299, 835.
[6] *Lehrb. d. Geschlechtskrankh.* 1895. S. 178, 295.
[7] *Path. u. Ther. d. Syphilis.* 1891. S. 442.
[8] *Syphilis.* 1896. S. 880.
[9] *Traité pratique des maladies vénériennes.* 1899. S. 1166.
[10] Über einen Fall von akuter Quecksilbervergiftung durch subcutane Injektion von Oleum cinereum. Verhandlg. d. I. Kongr. d. Dtsch. Dermatol. Ges. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1889. Erg.-Heft S. 319.
[11] Ein Fall von Intoxikation nach Injektion von Oleum cinereum. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 31, S. 745.
[12] Über einen Fall von schwerer Intoxikation nach Injektion von grauem Öl. *Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 45, S. 996; No. 46, S. 1016.

durch seine anatomische Lage vor mechanischen Reibungen, der gewöhnlichen Ursache der merkuriellen Stomatitis,[18] geschützt ist, mit ergriffen wird. Von einer so schweren Schädigung kann in unseren Fällen, die sämtlich in Genesung übergingen, keine Rede sein. Schwerere Erscheinungen zeigten sich nur in dem dritten der diesmal beschriebenen Fälle, aber auch erst, als die Quecksilberbehandlung fortgesetzt wurde, nachdem bereits Stomatitis aufgetreten war. In den übrigen Fällen müssen die Allgemeinerscheinungen als mäfsige bezeichnet werden, es trat in derselben Zeit wie bei einfacher Stomatitis völlige Wiederherstellung ein.

Mit Bezug auf die letal verlaufenen Fälle von Quecksilbervergiftung, bei denen der weiche Gaumen beteiligt war (Kaposi, Klien, Ledermann) schien es uns angebracht, die immerhin seltenen Beobachtungen hervorzuheben, in denen es, wie in den obigen Fällen, im Verlaufe einer ohne wesentliche Störung des Allgemeinbefindens auftretenden Stomatitis zu merkuriellen Geschwüren am weichen Gaumen gekommen ist.

---

[18] Jullien (a. a. O. S. 1165) mifst in dieser Beziehung den Zähnen die gröfste Bedeutung bei, deren Einfluſs seiner Ansicht nach so grofs ist, dafs man Stomatitis nie bei Kindern beobachtet, die noch keine Zähne besitzen, oder bei Greisen, die sie verloren haben, und dafs die Arbeiter der Quecksilberminen von Almadon in dem Verluste ihres letzten Zahnes das Ende ihrer Leiden erblicken.

Berichtigung und Ergänzung.

Als Nachtrag zu meinem Artikel über die Wirkungen der X-Strahlen auf die Haut (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, 15. Mai d. J.) erachte ich für notwendig folgendes mitzuteilen:

1. Auf S. 494 ist unrichtig gesagt: Die a priori auf den therapeutischen Effekt der X-Strahlen mittelst der Epilation bei Favus und Sykosis gehegten Hoffnungen sind in den Händen von Freund leider nicht in Erfüllung gegangen. Brieflicher Mitteilung zufolge hat Herr Dr. Leopold Freund am 17. Mai 1899 in der Wiener dermatologischen Gesellschaft und drei Tage später in der Gesellschaft der Ärzte mit Herrn Dr. E. Schiff drei Patienten demonstriert, welche sehr zu Gunsten dieser Behandlung sprachen.

2. Zu der auf derselben Seite erwähnten erfolgreichen Therapie der Hypertrichosis mit den X-Strahlen ist zu bemerken, dafs die Modifikation dieses Verfahrens (eine Reihe von Sitzungen der Bestrahlung und, um dem neuen Auswachsen der Haare vorzubeugen, von Zeit zu Zeit kurze Sitzungen) von Freund und zwar auf Grund der Erklärung Kaposis angegeben wurde (*Wien. med. Wochenschr.* 1897, No. 19: „Nachtrag zu dem

Artikel etc.“). In den „Beiträgen zur Radiotherapie“ (*Wien. med. Wochenschr.* 1898, No. 22—24) hat Freund dann gemeinschaftlich mit Schiff die Resultate dieses Verfahrens publiziert.

3. In die Reihe von experimentellen Arbeiten über die Wirkungen der X-Strahlen auf die Haut müfste man noch einfügen, dafs Freund die ersten Experimente zur Feststellung der wirksamen Potenz bei der Röntgenbehandlung angestellt hat, laut des Artikels „Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Naevus pigmentosus piliferus“ (*Wien. med. Wochenschr.* 1897, No. 10). Jene Publikation war diejenige, mit welcher auf die Heilkraft der X-Strahlen zum ersten Male aufmerksam gemacht und mit welcher dieses Agens in die Dermatotherapie überhaupt erst eingeführt wurde.

4. Druckfehler:

auf S. 493, Zeile 20 v. o., lies statt Lehrwald: Sehrwald.
„ „ 499, „ 13 v. o., „ „ Mils: Mies.
„ „ 506, „ 2 v. o., „ „ Bd.: Bd. I.
„ „ 506, „ 16 v. u., „ „ 1887: 1897.

Dr. V. Zarubin.

Aus der Praxis.

Über Paraplaste.

Von

Dr. E. Heuss in Zürich.

Im Jahre 1896 anläfslich des dritten internationalen dermatologischen Kongresses in London, dann in einer anfangs 1897 erschienenen Mitteilung[1] machte Unna zuerst auf eine neue Form medikamentöser Pflaster, die Paraplaste, aufmerksam.

Gleich den Guttaperchapflastermullen haben auch die Paraplaste eine impermeable Grundlage, die jedoch im Gegensatz zu ersteren aus Paragummi (vulkanisiertem Kautschuk) besteht, welcher einem sehr feinen, battistartigen Baumwollgewebe eingewirkt ist. Wegen dieser dichteren Unterlage bedürfen diese Paraplaste einer gröfseren Menge stärker klebender Pflastermasse (Kautschuk, Adeps lanae, Dammar und Kolophonium), durch welche Zusammensetzung sie allerdings wieder etwas den früheren nicht immer ganz reizlosen Pflastermassen sich nähern.

[1] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 24, S. 341.

Ihr Entstehen ist aus dem Wunsche hervorgegangen, die Farbe der Pflaster derjenigen der Haut ähnlicher zu machen, um sie besser an Gesicht und Händen verwenden zu können.

Seit der Mitteilung von UNNA ist's, wenn ich von der Empfehlung LEISTIKOWS in dessen „Therapie der Hautkrankheiten“[2] absehe, ziemlich still geblieben: Die Paraplaste scheinen trotz gewisser ihnen innewohnender Vorzüge wenig Anklang in der dermatologischen Welt gefunden zu haben, bezw. sie wurden, wie sich ein Fachkollege mir gegenüber äufserte, als eine „ganz unnötige Bereicherung“ empfunden. Nach den ganz vorzüglichen Pflasterpräparaten, wie sie z. B. Beiersdorf in den Handel gebracht, schien eine Verbesserung allerdings kaum mehr möglich bezw. indiziert. Und doch glaube ich, nachdem ich die Paraplaste seit über zwei Jahren mit steigendem Erfolg in meiner Praxis angewandt habe, behaupten zu dürfen, dafs sie besser als ihr Ruf sind bezw. verdienen, nicht totgeschwiegen zu werden, und dafs, um mich einer Umschreibung eines bekannten Sprichwortes zu bedienen, hier — wenigstens in manchen Fällen — das Gute (die Guttaperchapflastermulle) der Feind des Bessern (Paraplaste) ist.

Weniger wegen ihrer sogenannten hautähnlichen Färbung möchte ich sie empfehlen. Abgesehen davon, dafs einige Paraplaste, z. B. die Chrysarobin-, die Quecksilberparaplaste diesem Postulate sehr weit abstehen und eine ungemein „naturähnliche“, d. h. chrysarobingelbe, Hg-graue Färbung zeigen, habe ich, in meiner Praxis wenigstens, gefunden, dafs sich die meisten Patienten gewöhnlich herzlich wenig aus einer mehr oder weniger hautähnlichen Pflasterfarbe machen.

Die Hauptvorzüge der Paraplaste vor den Guttaperchapflastermullen scheinen mir vielmehr anderswo zu liegen:

1. ist der Paraplast auf der Haut viel haltbarer, rutscht weniger leicht ab. Beim Paraplast ist im Gegensatz zu den grobgegitterten Unterlagen der Guttaperchapflaster die Rückenfläche des Pflasters glatter, feiner und bietet daher den darüber liegenden reibenden Kleidungsstücken etc. weniger Angriffspunkte dar.

Er stöfst sich infolgedessen weniger rasch und leicht von der Haut ab und wird auch nicht so leicht (was bei Guttaperchapflastermullen oft geschieht) auf benachbarte gesunde Hautpartien verschoben. Infolgedessen ist ein Ersatz der Paraplaste auf der Haut weniger häufig nötig, was besonders in Fällen, wo das Pflaster längere Zeit mit der Haut in Kontakt bleiben soll, z. B. bei chronischem Ekzem, bei Psoriasis, bei Syphilis, ins Gewicht fällt. Sehr häufig kann daher ein fixierender Verband (Zinkleim, Kautschukheftpflaster, Binden) erspart werden im

[2] Hamburg, 1897. Leopold Voss.

Gegensatz zu den Guttaperchapflastermullen, also eine bedeutende Vereinfachung des Pflasterverbandes. Trotz seiner etwas dichteren Unterlage ist der Paraplast mindestens ebenso geschmeidig und der Haut glatt anliegend als der Guttaperchapflastermull.

2. ist die Kohärenz zwischen Pflasterunterlage und Pflastermasse beim Paraplast gröfser, weshalb er sich viel leichter und ohne Rückstand von der Haut entfernen läfst. Beim Guttaperchapflastermull dagegen löst sich nicht selten die grobgittrige Mullunterlage von der Pflastermasse ab, oder das Pflaster reifst in toto ein, sodafs Pflasterpartikel auf der Haut zurückbleiben und nur mühsam (mit Benzin etc.) entfernt werden können.

3. ist der Paraplast viel weniger zerreifslich. Wegen seiner Festigkeit eignet er sich besonders auch zur Anlegung von Streckverbänden, sowie bei Affektionen, wo wir zugleich einen energischen Druck oder Zug ausüben wollen, z. B. bei Lupus erythematodes, bei Ulcera cruris etc.

4. Klebt er im allgemeinen besser, ein Vorzug, der durch die allerdings nicht immer ganz reizlose Zusammensetzung der Pflastermasse mit klebenden Harzen bedingt ist. Doch sah ich solche Reizwirkung des Paraplastes, wo ein gleich zusammengesetzter Guttaperchapflastermull später anstandslos vertragen wurde, unter einigen hundert Fällen nur zweimal auftreten, ein Nachteil, der durch eine noch sorgfältigere Pflasterkomposition vielleicht vollständig eliminiert werden kann. Jedenfalls haftet z. B. ein 40%iger Salicylparaplast, den ich vor 1½ Jahren bezogen, noch ausgezeichnet, was man vom Salicylguttaperchapflastermull bekanntlich nicht behaupten kann.

Ein Nachteil wird dem Paraplast gegenüber dem Guttaperchapflaster nachgesagt: dafs die Tiefenwirkung nicht so intensiv sei. Nach mehrfachen Versuchen in der Art, dafs ich eine kranke Partie mit Guttaperchapflaster, die andere korrespondierende mit gleich dosiertem Paraplast bedeckte, kann ich diese Angabe nicht bestätigen; ich habe keinen erheblichen Unterschied in der Wirkung der beiden Pflaster gefunden.

So glaube ich, zumal der Preis der Paraplaste nicht höher als derjenige der Guttaperchapflaster ist, die Paraplaste wegen ihrer Eigenschaften zu weiterer Prüfung und Anwendung bestens empfehlen zu können; sie ersetzen wegen ihrer mehrfachen Vorzüge, worunter ihre „hautähnliche Färbung“ der mindesten einer ist, die Guttaperchapflastermulle in vielen Fällen mit Vorteil.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 48, Heft 2. 1899.

I. **Über „Urticaria chronica"**, von Karl Kreibich-Wien. Man kann die Urticaria chronica einteilen in „Urticaria recidiva" und „Urticaria perstans". Der Verfasser beschreibt zunächst zwei Fälle von Urticaria mit kontinuierlich oder schubweise recidivierenden grofsen Quaddeln. Diese Form der recidivierenden Urticaria unterscheidet sich durch das Fehlen jeder Kratzeffekte oder Exkoriationen, durch den Mangel an Pigmentationen und durch den Umstand, dafs nach Rückbildung der Quaddeln eine vollkommen normale Haut zurückbleibt, von einem zweiten, ebenfalls recidivierenden Typus, der charakterisiert ist durch kleine unscheinbare, blafsrötliche oder schmutzig-gelblichrote Quaddeln, die bald zerkratzt werden, sich mit einer Blutborke bedecken, nach deren Abfallen die Efflorescenz mit Hinterlassung einer gelbbraunen Pigmentation oder eines von einer stärkeren Pigmentation umgebenen, pigmentarmen Flecke verschwindet. Dies sind jene Fälle, welche man als „Urticaria mit Pigmentbildung" zum Unterschiede von der Urticaria pigmentosa bezeichnet hat. — Bei der „Urticaria perstans" erstreckt sich die Dauer jeder Einzeleffloreszenz über einen längeren Zeitraum. Man unterscheidet eine „Urticaria perstans papulosa" und eine „Urticaria perstans verrucosa". An diese schliefst sich die „Urticaria pigmentosa" an, die durch persistierende Quaddeln und Pigmentbildung charakterisierte Hautaffektion. — Im folgenden beschreibt der Verfasser einen Fall von Urticaria perstans papulosa, zwei Fälle von Urticaria perstans verrucosa und zwei Fälle von Urticaria pigmentosa.

II. **Über Exantheme bei Blennorrhoe**, von A. Buschke-Berlin. Die metastatischen Komplikationen der Blennorrhoe sind, wenn man die grofse Verbreitung der letzteren in Betracht zieht, relativ seltene Erscheinungen. Am häufigsten wird über Gelenk- und Sehnenscheidenaffektionen, seltener über Herzkrankheiten und am seltensten über Nerven- und Hautkrankheiten berichtet. Verfasser ist in der Lage, über drei Fälle von blennorrhoischem Exanthem Mitteilungen zu machen. — In Fall 1, der einen 22jährigen jungen Mann betraf, entwickelten sich im Anschlufs an eine ziemlich lange dauernde Blennorrhoe, vielleicht an eine akute Exacerbation oder an eine Neuinfektion Schmerzen in verschiedenen Gelenken mit Gelenkergüssen, ferner eine Endocarditis an der Valvula mitralis mit Dilatation des linken Herzens. Gleichzeitig entstand ein Exanthem, das aus oberflächlichen urticariaähnlichen Effloreszenzen und tieferen Infiltraten der Cutis und des subcutanen Fettgewebes ähnlich den Knoten des Erythema nodosum sich zusammensetzte. — In Fall 2, einer 26jährigen Köchin, handelte es sich um eine akute Blennorrhoe der Urethra, des Cervix, des Rectums mit Bildung einer blennorrhoischen Fistel. Im Anschlufs hieran entwickelten sich im akuten Stadium der Erkrankung Gelenkergüsse in den Fufsgelenken, entzündliche Knoten in der Haut, ähnlich denen des Erythema nodosum und im weiteren Verlaufe eine trockene Pericarditis, alles dies ohne Fieber. — Fall 3, welcher einen 35jährigen Mann betraf, ist bezüglich des ätiologischen Zusammenhanges der Hauterkrankung (Knoten des Erythema nodosum) mit der Blennorrhoe nicht ganz einwandsfrei. — Verfasser wirft einen Rückblick auf die einschlägige Litteratur. Die im

Zusammenhang mit Blennorrhoe beobachteten Exantheme lassen sich nach ihren klinischen Erscheinungen in vier Gruppen einteilen. Die erste Gruppe sind einfache Erytheme nach Art des Scharlacherythems und der Röteln, die zweite sind Hautausschläge analog dem Erythema nodosum, die dritte Gruppe umfaßt Blutungen und Blaseneruptionen der Haut; die vierte, erst in der jüngsten Zeit zur Kenntnis gelangte Hautkomplikation der Blennorrhoe tritt auf in Form einer zu übermäßiger Verhornung führenden Dermatose. — Für die einzelnen Gruppen werden entsprechende Krankheitsfälle aus der Litteratur mitgeteilt. (Fortsetzung folgt.)

III. **Vaccina generalisata und deren Pathogenese,** von A. Haslund-Kopenhagen. Unter Vaccina versteht man eine durch Übertragung auf Tiere gemilderte und abgeänderte Form der echten Variola. Bezüglich der Identität gehen die Ansichten noch auseinander. So lange das der Krankheit zu Grunde liegende Mikrobion nicht gefunden ist, dürfte die Identitätsfrage nicht entschieden werden. — In der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts zweifelte man überhaupt nicht an der Identität, nachdem Numan aus Utrecht im Jahre 1825 gezeigt hatte, daß, wenn man den Inhalt einer Variolablase eines Menschen einer Kuh in das Euter einimpft, daraus eine Vaccine entsteht, die durch fortgesetztes Einimpfen anderer Kühe lange Zeit erhalten werden könnte. Im Jahre 1865 kam Chauveau zu einem entgegengesetzten Resultat, das zahlreiche Autoren veranlaßte, erneute Experimente nach dieser Richtung hin anzustellen. Fast alle fielen zu Gunsten der Identität aus. Verfasser selbst glaubt entschieden, daß die Vaccine nur eine gemilderte Form des Variolagiftes sei; man könnte sich sonst nicht leicht die beschützenden Eigenschaften der Vaccine bei Pocken erklären. — Im folgenden bespricht Verfasser immer unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Hautkrankheiten, die man im Anschluß an die Vaccination auftreten sieht. So sind unter anderen Impetigo contagiosa, ein masernförmiges, fleckiges Exanthem, erythematöse Flecke, Urticaria, exsudatives Erythem, vesikulöse und bullöse Eruptionen beobachtet worden. Als eine vaccinale Hauteruption ist die von französischen Autoren zuerst beobachtete und beschriebene „Vaccine généralisée“ anzusehen. Diese zeichnet sich dadurch aus, daß sich überall auf der Haut wie echte Impfblasen aussehende Blasen mit wasserhellem Inhalt, centraler Depression und rotem Rande bilden. Die ersten entwickeln sich gewöhnlich unter leichtem Fieber und allgemeinem Übelbefinden. Der Verlauf ist derselbe wie bei den Impfblasen, sie trocknen, es bilden sich Krusten, diese fallen ab und hinterlassen oft eine flache Narbe. — Einige Autoren erklären diese aberranten Blasen als den Ausdruck einer stärkeren Infektion, wodurch die Vaccinia mehr ihrer Mutterkrankheit, der Variola, ähnlich sieht. Andere dagegen behaupten, daß die zerstreuten Blasen nur das Produkt einer Autoinokulation sind, noch andere nehmen teils eine spontane Eruption, teils eine Autoinokulation an. Verfasser glaubt nach seinen eigenen Erfahrungen und dem Studium der Litteratur sich der ersten Ansicht anschließen zu müssen. Die Fälle, die er beobachtet, vermag er nur als spontane Eruption anzusehen. Sehr empfänglich für die Vaccine ist das Pferd. Experimentelle Untersuchungen, namentlich von Chauveau, haben ergeben, daß wenn man beim Pferde Vaccinelymphe in eine Vene oder in ein Lymphgefäß einspritzt, oder in die Atmungs- oder Verdauungsorgane einführt, am häufigsten generalisierte Vaccine gleichzeitig mit der Immunität entsteht. Die Eruption tritt nie früher als am achten Tage auf. Man kann annehmen, daß das Virus bei dieser Einführungsart direkt oder indirekt in das Blut übergeht, in einem sehr verdünnten Zustand im Organismus zirkuliert und bei den empfänglichsten Tieren, vor allem dem Pferde, eine weit verbreitete Eruption von Impfblasen hervorruft. (Fortsetzung folgt.)

IV. **Über Syphilis der Harnleiter,** von J. K. Proksch-Wien. Der überaus

spärlichen Litteratur nach zu urteilen, ist die syphilitische Erkrankung der Harnleiter eine sehr seltene Erscheinung. Die ersten Mitteilungen datieren aus der Mitte des 16. Jahrhunderts. Ferrier erwähnt 1553 in seinem Werke „De pudendagra, gravi lue Hispanica" syphilitische Ulcerationen der Harnleiter. 1581 publiziert Dodonaeus, einer der hervorragenderen Mitbegründer der pathologischen Anatomie, einen speziellen Fall von Harnleitergeschwüren. Einen zweiten Fall beschreibt Morgagni. Dann hört man lange Zeit nichts mehr von syphilitischer Erkrankung der Harnleiter. Erst in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts begegnet man Notizen, die darauf hindeuten, so bei Virchow, Aufrecht, Oedmansson und vor allem bei W. B. Hadden, einem Schüler von Charcot.

V. **Bakteriologische und histologische Untersuchungen über die Bartholinitis**, von P. Colombini-Sassari. (Schluſs.) Die Ergebnisse seiner Untersuchungen resumiert Verfasser dahin: Bei der Bartholinitis handelt es sich um eine Entzündung der Ausführungsgänge der Drüse, eine Entzündung, welche sich immer mehr vermindert und immer leichter wird, je mehr wir in die tieferen Teile der Drüse selbst eindringen. — Die pathologisch-anatomischen Veränderungen sind: 1. Eine bedeutende Proliferation des Epithels der Ausführungsgänge der Drüse. 2. Eine kleinzellige Infiltration in der Umgebung dieser Gänge, welche davon vollständig eingehüllt werden. 3. Konsekutive Bildung von Abscessen in der Umgebung dieser Ausführungsgänge, welche uns die Pathogenese der recidivierenden Drüsenabscesse erklären. — Die beste und sicherste Therapie, welche jede Recidive verhindert und den Übergang in das chronische Stadium unmöglich macht, ist die Excision der Drüse. Mit ihr läſst sich thatsächlich eine radikale Heilung der Bartholinitis erreichen.

VI. **Über Dermatitis exfoliativa-Ritter**, von Rudolf Winternitz-Prag. Die vorliegende Arbeit hat den Zweck, gewisse Ausstellungen, welche Luithlen an einer früheren Arbeit des Verfassers über Dermatitis exfoliativa-Ritter gemacht hatte, zurückzuweisen. Verfasser bemüht sich namentlich, die Ansicht Luithlens, daſs der zweite von W. beschriebene Fall nicht als Dermatitis exfoliativa sondern als Pemphigus neonatorum zu betrachten sei, zu widerlegen. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

Band VI, Heft 2. 1899.

I. **Über eine besondere Form von Acne artificialis**, von Rille-Innsbruck. (Vergl. das Referat Bd. 27, S. 400 dieser Zeitschrift.)

II. **Über die Verwendung von Aethal (Cetylalkohol) in der Hautpflege**, von F. Grimm-Berlin. Der Cetylalkohol ist geruch- und geschmacklos, krystallisiert aus Äther und Alkohol in perlmutterglänzenden weiſsen Plättchen, die bei ca. 49,5 schmelzen. Nach dem Schmelzen erstarrt der Körper zu einer krystallinischen, kaum durchscheinenden Masse, die sich fettig anfühlt. Beim Erhitzen läſst sich der Cetylalkohol unzersetzt destillieren. In Wasser ist er unlöslich. Beim Verreiben kleiner Mengen des fein pulverisierten reinen Cetylalkohols in der Hand fühlt er sich etwas fettig an. Diese Eigenschaft macht ihn geeignet für die Behandlung spröder und rauher Haut, wie sie durch häufiges Waschen mit Seifen, durch Berührung mit Alkalien, mit Karbol, Lysol u. s. w. entsteht. Der Cetylalkohol oder eine Mischung desselben mit Borsäure (1 : 1 und 1 : 5) oder mit Talk (1 : 5) kann nach den Erfahrungen des Verfassers die besten Salben ersetzen, ohne deren Nachteile zu haben. Schädliche Einwirkungen irgendwelcher Art wurden nicht beobachtet. — Das in den Handel gebrachte „Borsyl" enthält Cetylalkohol. Es ist ein feines Pulver, das besonders gegen Hyperidrosis mit bestem Erfolge verwendet werden kann.

III. **Zur Geschichte der Lepra**, von Gémy-Algier. Der Verfasser hat sich, wie er dies früher mit der Syphilis gethan, in der letzten Zeit mit der Geschichte der Lepra beschäftigt und ist bei seinen Studien zu der Wahrnehmung gelangt, dafs bis etwa zur Mitte des 15. Jahrhunderts, dem Beginn der Schliefsung der Maladrerien („Madeleines", Leproserien) zwei Krankheiten, die vielfach die gleichen Erscheinungen darbieten, aber eine sehr verschiedene Kontagiosität besitzen, zu einer einzigen Krankheit unter der Bezeichnung „Lepra" zusammengeworfen wurden. Da es kein Heilmittel gegen sie gab und angesichts der grofsen Kontagiosität, die man durch die Erfahrung kennen gelernt hatte, so wurden damals Mafsregeln grausamster Absperrung ergriffen, die anfangs ihre Weiterverbreitung aufhielt und sie sogar eine Zeit lang zum Verschwinden gebracht zu haben schien. Nachdem zu Anfang des 16. Jahrhunderts die Syphilis ihrer wahren Natur nach erkannt und studiert wurde, wurden diese beiden Krankheiten unter dem Namen „Syphilis" zusammengeworfen und die Lepra als erloschen angesehen. — Dieser Zustand dauerte vom Ende des 15. bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts. Die ausgezeichneten Arbeiten von Boeck und Danielssen über die Lepra in Norwegen lenkten die Aufmerksamkeit der medizinischen Welt von neuem auf diese Krankheit; ihr Bacillus wurde von Hansen entdeckt, und mit Hülfe der Bakteriologie und Histologie konnte die Diagnose der Lepra und der Syphilis nun in sicherer Weise gestellt werden. — Infolge der Verwechselung der Lepra mit der Syphilis hat man der ersteren eine Kontagiosität zugesprochen, die sie weit entfernt ist zu besitzen, und welche allein die Syphilis für sich in Anspruch nehmen darf. Eben diese Verwechselung mit der Syphilis, die in hohem Grade kontagiös ist, war die Ursache aller jener drakonischen, grausamen Mafsregeln der Isolierung der Leprösen, wie sie im Orient jetzt noch in Kraft sind; denn zu einer Zeit, wo die Syphilis als solche und als eine besondere Krankheit nicht erkannt war, wurden alle ihre Missethaten fälschlicherweise der Lepra zugeteilt. — Aus allen diesen Thatsachen kann man den Schlufs ziehen, dafs die Syphilis und die Lepra zwei Krankheiten sind, welche seit historischen Zeiten bestehen.

IV. **Über Ichthyosis**, von Max Pzukert-Greifswald. Der Verfasser giebt an der Hand der einschlägigen Litteratur und unter sehr eingehender kritischer Berücksichtigung aller Arbeiten, welche die Ichthyosis von irgend einem Gesichtspunkte aus behandeln, eine Übersicht über Definition, Nomenklatur, Pathogenese, Histopathologie, Symptomatologie, klinische Formen und Therapie der Ichthyosis. Im Anschlufs an seine Betrachtungen teilt Verfasser die Krankengeschichte einiger auf der Greifswalder medizinischen Klinik beobachteter Ichthyosisfälle mit.

V. **Der elektrische Mikroheifsluftkauter**, von E. Hollaender-Berlin. Der vom Verfasser beschriebene, von der Firma Reiniger, Gelbert & Schall in Erlangen angefertigte Apparat besteht aus einer Röhre, in deren Lumen aufser der Luftzuleitung noch die elektrische Kabelleitung liegt. An der Spitze steht mit dieser in auswechselbarer Verbindung eine Platinspirale, welche um eine Thonröhre gewunden ist. Bringt man die Kabelansätze mit einem gewöhnlichen Akkumulator für Kaustik in Verbindung, so wird die Platinspirale und dadurch auch die Thonröhre zum Glühen gebracht. Über diesen elektrischen Ofen stülpt man eine je nach Bedarf verschiedenartig gestaltete silberne Ansatzspitze. Um sich zu überzeugen, ob der Apparat genügend funktioniert, hält man in einer Entfernung von einem Centimeter ein Streichholz vor die Öffnung, welches sich sofort entzünden mufs. Damit der Platindraht nicht leidet, empfiehlt es sich während des Gebrauchs den Strom hin und wieder zu öffnen. Der Apparat, welcher der Methode der kontaktlosen Kauterisation dienen soll, hat zur Blutstillung bei parenchymatösen Blutungen, bei Angiomen des Gesichts,

sowohl den oberflächlichen kapillären, wie den kavernösen, ferner bei Lupus vulgaris, phagedänischen Geschwüren etc. erfolgreiche Verwendung gefunden.

C. Berliner-Aachen.

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band IV, Heft 5.

Einiges über Harnröhrenstrikturen überhaupt und solche seltenerer Form, von Eduard Deutsch. (Schluſs.) Fall 2: Ein vor drei Monaten zum ersten Male an Tripper erkrankter Patient mit Epididymitis zeigte vier Querfinger hinter der Glansspitze eine hochgradige Striktur, von der sich etwa drei Finger weit nach hinten eine derbe Infiltration der Harnröhre erstreckte. Erst nach zweimaliger Anwendung der Elektrolyse und Bougierung konnte Patient als geheilt entlassen werden. Daſs diese Striktur von der vor drei Monaten acquirierten Blennorrhoe stammte, ist nicht anzunehmen. Wahrscheinlich war der Patient schon als Kind blennorrhoisch erkrankt, wovon er nichts mehr wuſste. — Fall 3: Der 23jährige Patient hatte schon als Kind ohne bekannte Ursache bei der Harnentleerung Beschwerden gehabt, die sich in letzter Zeit gesteigert haben, zumal als eine Blennorrhoe hinzutrat. Man findet eine bis 2 cm hinter dem Sulcus verdickte, sehr derbe Urethra; das Lumen derselben ist in diesem Abschnitt sehr verengt. Spaltung der Urethra hinter der kallösen Striktur; später soll die ganze verengte Stelle excidiert und plastisch ersetzt werden. Wie die Striktur entstanden ist, kann man sich kaum erklären; vielleicht spielen Fremdkörper dabei eine Rolle. Der instrumentellen Erweiterung sind diese Strikturen der Glans schwer zugänglich. — Fall 4: Ein 32jähriger, sehr anämischer Bergmann zieht sich eine Blennorrhoe zu; die Urethralöffnung ist sehr enge. Es kommt zu einer Periarthritis mit kallöser Verdickung der Urethra bis zur Peniswurzel und entsprechender Striktur, sowie zur Bildung von zwei Fisteln der Harnröhre. Die Striktur wurde bis auf Charrière No. 20 erweitert; die Fisteln haben sich nicht geschlossen. Die Elektrolyse ist in der Pars pendula bei der Strikturbehandlung von geringem Werte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1899. Heft 5.

Einspritzungen von künstlichem Serum nach Hayem bei Syphilis maligna, von Victor Augagneur. Verfasser hat in zwei Fällen von Syphilis maligna, die allen anderen Mitteln trotzten, Einspritzungen von Serum artificiale vorgenommen und damit rasche und gründliche Heilung erreicht. Als Formel für das künstliche Serum giebt er folgende Zusammensetzung an: Natr. chlorat 7,0, Phosphat. disodique cristallisé 2,0, Aq. 1000,0. Von dieser Lösung soll man alle 5—6 Tage 400—500,0 in die Schenkel- oder Rückengegend einspritzen. Wenn die Reaktion — Temperatursteigerung und Polyurie — ausbleibt, was gewöhnlich nach vier- bis fünfmaliger Einspritzung der Fall ist, so soll man das Verfahren einstweilen einstellen. Über die Wirkung dieser Methode äuſsert Verfasser verschiedene Vermutungen: Vielleicht ist die Niere in der Folge stärker thätig und scheidet die Toxine rascher und gründlicher aus; vielleicht werden die Leukocyten an Zahl und Wirksamkeit vermehrt; vielleicht greifen Quecksilber und Jod kräftiger ein, nachdem der Organismus durch das Serum artificiale umgestimmt ist.

Zur Frage der parasitären Natur des Ekzems, von Lebredde. Lebredde nimmt in dieser kleinen Note auf das zweite Heft von Unnas *Histologischem Atlas*

zur Pathologie der Haut Bezug. Er entwickelt noch einmal seinen schon bekannten Standpunkt zu der Frage, weist besonders auf die Abbildungen der Tafeln 7—11 hin und betont, dafs diese Darstellungen doch sehr zu Gunsten Unnas und seiner Morokokken sprechen. An der Bakteriologie sei es jetzt, zu untersuchen, ob den letzteren wirklich die Rolle zukomme, die klinische Beobachtung und pathologische Anatomie ihnen zuweisen möchten. *Türkheim-Hamburg.*

Bücherbesprechungen.

Physiologie der Hautsinnesnerven, von A. Goldscheider. (*Gesammelte Abhandlungen.* I. Band.) Auch Goldscheider schreitet zur Sammlung, offenbar nicht um den Abschlufs seines Lebenswerkes anzudeuten, sondern um die Früchte durchlaufener Arbeitsgebiete handlich zusammenzustellen. Die wissenschaftliche Genesis einer so vielseitig aktiven Persönlichkeit wie Goldscheider wird jedenfalls ein weitgehendes Interesse erwecken. Der vorliegende erste Band enthält 20, für die Physiologie der Sinnesnerven z. T. grundlegende Arbeiten, deren Ergebnisse den Dermatologen nicht weniger als den Physiologen und Neurologen interessieren, zumal eine Anzahl (No. 2, 3, 5, 10) zuerst in dieser Zeitschrift erschien. Rufen wir uns deshalb kurz ins Gedächtnis zurück, was die Wissenschaft durch G.s genannte Forschungen gewann. Schon No. 1 der Abhandlungen (die Dissertation) giebt in einer Diskussion der von Johannes Müller aufgestellten Lehre von den spezifischen Energien die Parole für fast alle nachfolgenden Arbeiten. Die wichtige zweite Abhandlung enthält den Nachweis, dafs den Kälte- und Wärmeempfindungen verschiedene Hautpunkte und damit verschiedene Leitungen zukommen, dafs auch faradische Reize die Temperaturnerven spezifisch erregen und dafs reine Temperaturpunkte analgetisch sind; denn nach No. 3 sind auch Druck- und Schmerzempfindungen an bestimmten Punkten spezifisch lokalisiert. Diese diskreten Empfindungspunkte sind am dichtesten nächst den Haarpapillen und strahlen von da bogenförmig aus (No. 5). Anatomisch entspricht jedem dieser Druck- oder Temperaturpunkte ein in Begleitung eines Gefäfses schräg gegen die Grenze des Papillarkörpers ziehender Nerv, welcher sich schliefslich in eine Dolde feinster Fäserchen auflöst (No. 8). — No. 9 und 14 sind weitere Glieder der Beweisführung: Durch eine Vermutung Unnas geleitet, wies G. nach, dafs die kühlende Wirkung des Menthols auf einer spezifischen Reizung der Kältenerven beruht. Umgekehrt wirkt die Kohlensäure, sowohl gasförmig, als auch gelöst, auf die Wärmenerven der Haut. Diese sowie die Untersuchungen über Kokain, Karbolsäure und Chloroform gewannen direkt praktische Bedeutung. Kokain z. B. vermindert resp. lähmt zuerst das Kitzelgefühl, dann den Temperatur-, Druck- und zuletzt erst den Schmerzsinn. Ähnlich wirkt Karbolsäure, aber, im Gegensatz zu Kokain, auch durch die intakte Epidermis hindurch. Versuche über die vier spezifischen Qualitäten des Geschmackssinnes bestätigten schon bestehende Meinungen. Dermatologisch interessiert No. 16: Eine akromegalisch vergröfserte Hand zeigte alle Bestandteile der Haut proportional hypertrophiert. Die noch übrigen Abhandlungen variieren mehr oder weniger die oben genannten Hauptthemata und sind nicht im gleichen Mafse lesenswert. Die als bedeutsam genannten aber sind wohl geeignet, das Verlangen nach Fortsetzung zu erwecken. Möge G. aus seiner Sammlung ein Monumentum aere perennius erwachsen. *E. Trömner.*

Neue Methoden der Wundheilung. Ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis, von C. L. Schleich. (Berlin, 1899. Julius Springer.) Der durch die so wertvolle Infiltrationsanästhesie bekannt gewordene Verfasser legt in dem vorliegenden Werke seine Anschauungen über Wundheilung dar, wobei er sich vornehmlich an die Praktiker wendet, gleichzeitig allerdings seine praktischen Ergebnisse mit theoretischen Anschauungen in Einklang bringend. Das Buch, welches in einzelnen Kapiteln zahlreiche Fragen der Chirurgo-Dermatologie in zwangloser Form und vielleicht stellenweise etwas zu breiter Darstellung abhandelt, hat sicher den Stempel der Originalität und verdient eine eingehende Würdigung. Mit berechtigter Skepsis wird man natürlich erst nachprüfen müssen, ob die vom Verfasser mit Erfolg verwendeten Methoden und Heilmittel, deren Herstellung er mit gewissenhafter Genauigkeit schildert, sich auch in anderen Händen bewähren werden. Hoffentlich wird das der Fall sein und die Behandlung äußerer Leiden durch das Buch eine bemerkenswerte Bereicherung erfahren. Da vieles in demselben auch den Dermatologen sehr nahe angeht, werde ich kurz den Inhalt hier skizzieren:

Die ersten Kapitel behandeln die Beziehungen der Bakterien zur Wundheilung, wobei energisch gegen die rein bakteriologische Ätiologie zu Felde gezogen wird, nicht um diese zu leugnen, sondern um chemischen, physikalischen und individuellen Momenten einen gewissen Grad der Mitwirkung und zwar in spezifischem Sinne zuzusprechen. Als Beispiele werden angeführt für die Bedeutung chemischer Momente eine typische progrediente Fettnekrose mit Phlegmone bei Infektion und gleichzeitiger Berührung mit zersetztem Öl (Maschinenarbeiter etc.), ferner eine toxische Lymphangitis bei Köchinnen etc. (wohl identisch mit Rosenbachs Erysipeloid. D. Ref.). Daß Toxine zu Infektionen führen können, illustriert Verfasser durch die häufigen Ärzteinfektionen an den Händen mit Lymphangoitis und Bubo axillaris, die alle etwas Typisches haben und nach Verfasser auf Berührung von Wunden mit blennorrhoischem Material beruhen, eine Hypothese, die wohl noch eines zwingenderen Beweises bedarf. In physikalischer Beziehung sind Luft, Staub, Gase, mechanische Läsionen von Wichtigkeit bei Infektionen.

Es folgt eine Erörterung der Methoden zur Erzielung einer Asepsis der Haut; dieselbe gipfelt in einer Verurteilung der Bürste und der chemischen Desinfektion mittelst Alkohol etc. Als allein genügend wird die physikalische Reinigung mittels der Schleichschen Marmorseife hingestellt; experimentelle und praktische Beweise werden beigebracht. Eine Reihe weiterer Kapitel mehr chirurgischen Interesses übergehe ich hier. Sie leiten die Empfehlung der „homogenen Wundmittel“ ein. Als ein solches wird das Glutol (Formalingelatine) in den Vordergrund gestellt, welches als Hämostaticum, als selbstthätiges Desinficiens, als „geopferter Nährboden für etwa in die Wunde eingedrungene Bakterien“ von größtem Wert ist. Der Zusatz von Serumpulver bei vorhandenen fibrinösen und nekrotischen Belägen erhöht die Wirkung; in letzterem Falle wird auch die interne Darreichung kleiner Jodkaliumdosen empfohlen. Weitere homogene Wundmittel sind des Verfassers Wachspaste (auch zur Herstellung eines Crêmes geeignet), Wachsgelatine, Steral. Von besonderem dermatologischen Interesse dürfte die Peptonpaste sein, die auf die Haut aufgestrichen bald eintrocknet, reizlos und löslich ist, starke Klebkraft besitzt. Sie soll sich zu verchiedenen Verbänden eignen, außerdem aber als Vehikel für Hydrargyrum sehr brauchbar sein. Die Hydrargyrum-Peptonpaste wird auf die angefeuchtete Haut von Brust und Rücken bis zum Eintrocknen aufgepinselt; die Pinselung wird jeden fünften Tag nach einem Bade wiederholt. Dieses Verfahren soll in ebenso einfacher wie wirksamer Weise die Inunktionskur ersetzen. Als antiphlogistisches Mittel soll das Quecksilberpepton ver-

wendbar sein; mit Ichthyol gemischt empfiehlt es Verfasser als Juckstillmittel, besonders bei Diabetes.

Weitere Präparate sind die Serumpräparate, die chirurgisch und dermatologisch von Nutzen sind, so bei Ekzemen. Dermatitis, Verbrennungen, Intertrigo, Furunculosis. Der Erwähnung wert ist dann das grofse, viel Theoretisches enthaltende Kapitel über Ulcerationen, speziell über das Ulcus cruris und seine Begleiterscheinungen. Die Therapie des Ulcus cruris gipfelt in der Anwendung fester Verbände mit Peptonpaste, die den Leimverbänden entsprechen. Eine Besprechung finden ferner die Furunculosis und Carbunculosis, die Lymphdrüsenerkrankungen, Schleimhautanomalien. Anhangsweise werden genau die Herstellungsweise der vielen neuen Präparate, sowie deren Indikationen geschildert.

Das Studium des vorliegenden eigenartigen Werkes kann nur warm empfohlen werden. Es wird einem jeden neue Anregungen geben, wenn man auch nicht gleich auf alles schwören wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen von dem Finsenschen medizinischen Lichtinstitut. I. (Kopenhagen, Jan. 1899.) Eine Sammlung von Abhandlungen aus dem Finsenschen Institut (Die Einwirkung des Lichtes auf die Haut, von Niels R. Finsen; Ein Glühlichtthermostat, von S. Bang; Bakteriologische Untersuchungen, von Bio und Larsen; Die Intensität der Sonnenstrahlen, von Absalon Larsen; Klinische Mitteilungen, von Eilschon Holm und O. Jersild; Litteratur), die hoffentlich in deutscher Übersetzung erscheinen werden. *O. Jersild-Kopenhagen.*

Die neuere Geschichte der Medizin, von v. Boltenstern. (Med. Bibl. f. prakt. Ärzte; Leipzig, C. G. Naumann.) Nach einer kurzen Rekapitulation der Heilkunde im Altertum und Mittelalter giebt Verfasser eine recht ausführliche Übersicht über die Heilbestrebungen der Neuzeit vom 16. Jahrhundert an. Auf Einzelheiten einzugehen halten wir für unthunlich und empfehlen das Buch allen denen, die sich kurz informieren wollen. *F. Hahn-Bremen.*

Therapie der anomalen Vita sexualis bei Männern, von Alfred Fuchs-Purkersdorf. (Stuttgart, 1899. Ferdinand Enke.) Das mit einem empfehlenden Vorwort Krafft-Ebings versehene Werk behandelt in klarer, übersichtlicher Weise die Therapie des abnormen Geschlechtslebens und fügt seinen theoretischen Erwägungen 30 Krankenbeobachtungen mit ausführlichen Krankengeschichten an. Der Verfasser plädiert dafür, mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommene sexuell Perverse statt ins Gefängnis in Nervenheilanstalten zu bringen. Die erwachsenden Behandlungskosten sollen für die Kranken eine Art Bufse darstellen. Im Falle, dafs einer die Kosten selbst nicht aufbringen könnte, müfste vielleicht der Staat dafür einstehen. Die Erblichkeit, die nach Krafft-Ebing in 80% die Quelle aller Nervosität darstellt, ist dies auch zum Teil bei abnormem Geschlechtsleben. Doch kommen neben angeborenen sexuellen Perversionen auch erworbene Sexualanomalien zur Beobachtung. Bei der Therapie der Masturbation tritt Verfasser der veralteten Ansicht entgegen, als ob blofse Onanie Tabes oder Paralyse zur Folge haben könnte. Überhaupt treten organische Veränderungen ohne erbliche Belastung nicht ein. Jede Behandlung zerfällt in eine psychische und eine physische. Erstere wiederum mufs in „Traitement moral", Wachsuggestion und eigentliche Hypnose- oder Suggestivbehandlung geteilt werden, letztere in einen diätetischen, physikalischen und medikamentösen Teil. Bei der Therapie der Masturbation selbst kommen folgende therapeutischen Faktoren in Frage: Regelung der Lebensweise

(körperliche Ausarbeitung mit bestimmt vorgeschriebenem Leistungspensum, Spaziergänge, Sport, Gymnastik), Diätetik (reichliche zur Erhöhung des Körpergewichts führende Ernährung; nur bis 250 g Fleisch pro die und dies nie abends; keine Gewürze, wohl aber alle Gemüse, Eier, Milch, Obst; Entziehung von Thee, Kaffee und als erogen wirkend des Alkohol in jeder Form; Sorge für guten Schlaf auf hartem Lager und bei kühler Temperatur [nicht über 14°]; das Schlafbedürfnis kann durch warme Bäder, Einwickelungen oder Waschungen, sowie durch Bromnatrium mit Codein, Trional und andere Narcotica unterstützt werden). — Von physikalischen Hülfsmitteln sind Halbbäder von 24 und 16° nicht länger als 5 Minuten, gleichtemperierte Regendouchen, Strahlendouchen auf den Damm, Sitzbäder und fließende (kalte) Friktionsfußbäder zu erwähnen. — Anwendung des galvanischen Stroms und der Kühlsonde kommen hauptsächlich bei abnorm gesteigerter Anspruchsfähigkeit des Ejakulationscentrums in Frage. Aus dem Arzneischatz ist Monobromkampfer von 0,8—1,2 als Suppositorium oder mit Extr. Valerian. bis zu ā 0,5 pro die, in Pillenform gegeben, besonders zu loben. Ferner Extr. Secal. Cornut. bis 0,5 pro die, Natr. Salicyl. bis 8,0, Tinct. Veratri virid. bis 1,5 pro Tag, Natr. nitric. 2,0—4,0 und Phenacetin-Codein kombiniert (0,7 bezw. 0,03—0,05). Gegen häufige Pollutionen ist Chinin. ferro-citric. vielleicht in Verbindung mit Extr. Secal. Cornut. zu empfehlen.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über die Desintegration und die Reintegration des Kernkörperchens bei der Karyokinese, von N. Czermak. (*Anat. Anz.* 1899. No. 22.) Verfasser hat früher über den karyokinetischen Prozeß den Satz aufgestellt: „Alle Zellelemente integrieren sich der Reihe nach in große Gruppen, um sich nachdem wieder zu zerstreuen und mit den andern mehr oder weniger zu vermischen.“ Um diesen Satz genauer zu prüfen, hat er eine Reihe weiterer Untersuchungen über das Chromosoma, Centrosoma und Kernkörperchen am Salamanderhoden und Salmonidenei angestellt, deren bisheriges Ergebnis hier berichtet wird. Es lautet kurz zusammengefaßt: Das Kernkörperchen desintegriert sich in Chromatinkörner, in ein oxychromatisches Netz und in eine sulzige Substanz (bei Lachs) und nimmt am Aufbau der Chromosomen, wahrscheinlich auch der Spindelfasern Teil. Die Reintegration scheint so vor sich zu gehen, daß zuerst ein oxychromatisches Balkengerüst entsteht (wahrscheinlich aus den Zugfasern der Spindel), in welches nachdem die Chromatinkörner der Chromosomen und wahrscheinlich auch die sulzige Substanz hineinbezogen werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über gelbes Bindegewebe, von Hermann Triepel. (*Anat. Anz.* 1899. No. 16.) Unter gelbem Bindegewebe versteht Verfasser das elastische Gewebe. Letztere Bezeichnung entspricht nicht der physikalischen Auffassung des Begriffs Elasticität, des Widerstandes, den ein Körper einer auf ihn wirkenden formverändernden Kraft entgegensetzt. Aber wenn man auch nach Laienanschauung Elasticität mit Dehnbarkeit identifiziert, paßt die Bezeichnung „elastisches Gewebe“ nicht, denn das letztere

besitzt gar nicht eine Dehnbarkeit, die diejenige aller anderen tierischen Gewebe übertrifft. Der Name „gelbes Bindegewebe“ ist schon von anderen Autoren gebraucht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Elasticität und elastisches Gewebe, von Wilhelm His. (*Anat. Anz.* 24. Febr. 1899.) Der kurze Artikel tritt in sachgemäfsen Argumenten der in einer früheren Arbeit von Triepel, dessen wertvolle Versuche über den Elasticitätsmodulus von elastischem und von faserigem Bindegewebe übrigens völlig anerkannt werden, geäufserten Ansicht, es solle der Ausdruck „elastisches Gewebe“ fallen gelassen und statt dessen „gelbes Bindegewebe“ gesetzt werden, entgegen. Denn das, was das elastische Gewebe im Körper zu leisten hat, leistet es nur vermöge seiner Elasticität; es ist unter dem Einfluſs äufserer Kräfte leicht deformierbar und vermag infolge seiner vollkommenen Wiederausdehnbarkeit die Deformation wieder völlig auszugleichen. Würde es durch ein unvollkommen elastisches Gewebe ersetzt oder durch ein unausdehnbares, so würden die daraus gebildeten Teile nicht fähig sein, ihre jeweilige Form und Ausdehnung den wechselnden äufseren Beanspruchungen anzupassen. Die rein physikalischen Einzelheiten der Versuche sind im Original nachzulesen.

Stern-München.

Elastisches Gewebe und gelbes Bindegewebe, von Hermann Triepel. (*Anat. Anz.* 1899. No. 23.) Verfasser hat früher, wie vorstehend berichtet, vorgeschlagen, das elastische Gewebe als gelbes Bindegewebe zu bezeichnen. His ist dem Vorschlage entgegengetreten, worauf Verfasser hier nochmals seine Gründe vorbringt. Dabei kommt es ihm, wie er ausführt, mehr darauf an, das Wort „elastisches Gewebe“ zu beseitigen, weil die physikalischen Eigenschaften dasselbe nicht rechtfertigen, als die Bezeichnung „gelbes Bindegewebe“ festzuhalten; zu Gunsten einer passenderen würde er dieselbe fallen lassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Beziehungen zwischen dem Muskel- und elastischen Gewebe bei den Wirbeltieren, von A. E. Smirnow. (*Anat. Anz.* 15. Bd. No. 23.) Untersuchungen an Wirbel- resp. Säugetierorganen lehrten den Verfasser enge anatomische Beziehungen zwischen muskulösen und elastischen Elementen kennen. In der Muskulatur der Blut- und Lymphgefäfse, des Verdauungstraktus etc. findet sich eine hochgradige Anhäufung des elastischen Gewebes, dessen Fasern die glatten Muskelzellen umflechten, den quergestreiften als Sehne dienen. Überall, wo quergestreifte Muskelfasern nicht in direkte Beziehung zum knöchernen oder knorpligen Skelett treten, bestehen ihre Sehnen aus rein elastischem Gewebe oder ist ihnen wenigstens eine mehr oder weniger grofse Menge elastischer Fasern beigemengt. (Die Beziehungen der Hautmuskeln zum elastischen Gewebe hat Unna seiner Zeit bereits in seiner Anatomie der Haut ausführlich dargestellt. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Geschichte und Lehre von der Perspiratio insensibilis bis auf Bryan Robinson, von Ernst Heinrich. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1897.) Diese Arbeit wird fortan neben der im Jahre 1862 erschienenen Monographie von Weyrich („Die unmerkliche Wasserverdunstung der menschlichen Haut“) die unentbehrliche Grundlage für alle Studien über die Geschichte der Perspiratio insensibilis bilden. Indem Verfasser im Anschluſs an Weyrich kurz die Erfahrungen des Altertums über den Gegenstand mitteilt, wendet er sich sodann mit besonderer Vorliebe zu Sanctorius, dem eigentlichen Begründer der modernen Lehre von der insensiblen Perspiration. Der Verfasser giebt eine genaue Analyse seines Werkes und verteidigt mit grofsem Geschick den Sanctorius gegen die Angriffe seines Gegners Obicius, der dem Philosophen Cusanus als erstem die Idee der Wägung vindizierte und andere Gedanken

des Sanctorius für Plagiate aus dem Galen erklärte. Verfasser weist nach, dafs die Wägung der Perspirationsmenge von Sanctorius zuerst eingeführt worden ist und er daher „kein Plagiator, sondern ein Neuerer in des Wortes bester Bedeutung" war. Die weitere Entwickelung der Lehre wird dann bis auf Bryan Robinson (1745) verfolgt. 37 Anmerkungen und eine Bibliographie von 103 Nummern bilden den Schlufs der äufsert gehaltvollen Arbeit. *I. Bloch-Berlin.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Aus E. Mercks Bericht über das Jahr 1898:

Acidum picronitricum. 2—5‰ Lösungen werden gegen Blennorrhoe empfohlen, in Form von Spülungen nach Janet. Sie haben eine schmerzstillende und antiseptische Wirkung. Heilung nach Verlauf von zwei Wochen. (Antonelli, *Gaz. degli osped.*, 21. Aug. 1898. Scatolari, *Sem. méd.*, 1898, pag. 359.)

Argentum colloidale. Ungt. Credé ist 25—30 Minuten lang zu verreiben und ist indiziert u. a. bei Phlegmonen, Lymphangitis, Furunkulose, Erysipel, auch bei blennorrhoischem Gelenkrheumatismus. ℞ Argenti colloid. 15,0; Aq. dest. 5,0; Cerae alb. 10,0; Adip. benzoin. 70,0. M. f. ungt. (Credé, *Klinisch-therapeut. Wochenschr.*, 1898, No. 14 u. 15.)

Cearin bindet 15—18% Wasser und ist daher ein guter Ersatz für Ungt. Paraffin.; diese Salbe bindet nur 4—5%.

Emol, ein feines, fleischfarbenes Pulver; besitzt, mit Wasser aufgeschäumt, eine bedeutende Emulsionskraft und reinigt die Haut wie Seife, löst, als Brei aufgestrichen, die Epidermis, bildet als Streupulver ein gutes Mittel gegen Pruritus, bewährt sich wegen seiner austrocknenden Wirkung bei nässenden Ekzemen.

Hydrargyrum colloidale (Hygrol), leicht in Wasser lösliche, metallisch glänzende Körner von milder ätzfreier Wirkung, schnell resorbierbar, in Form von Salben, Pillen, Tabletten und Pflastern verwendbar. Zu Einreibungen wird empfohlen: ℞ Hydrarg. colloid. 10,0; Aq. dest. 5,0; Cerae alb. 10,0; Adip. benzoin. ad 100,0. Die Salbe verursacht niemals Hautreizung. Mittlere Dosis: 3,0 für Pillen 0,01, tägl. 3 mal 3—5 Stück, für subcutane Injektionen 1—2% wässerige Lösung.

Ichthyol. Gegen Prostatitis Suppositorien 0,3 oder 0,6 täglich (Freudenberg, *Med. Neuigk.* 1898. No. 7), bei Urogenitaltuberkulose 1,0—3,0 pro die innerlich (Goldberg, 70. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte). Geruchlose und fast geschmacklose Tabletten à 0,1, welche 97½% Ichthyolsulfosäure an Calcium gebunden enthalten, werden in den Handel gebracht.

Jodipin gestattet die Zuführung von Jod in sehr grofsen Mengen ohne die unangenehmen Nebenerscheinungen des Jodismus, ist daher bei schweren Formen von Syphilis indiziert. Das 10%ige Jodipin enthält in einem Efslöffel (= 15 g) 1,5 g Jod. Tägliche Dosis 1—3 Theelöffel. Man setze zur Vermeidung des öligen Geschmacks pro 100 g 3—5 Tropfen Pfefferminzöl zu oder lasse Milch nachnehmen. Empfohlen wird auch folgende Emulsion: ℞ Jodipini 200,0. Da in vitr. et adde Gelatinae Fuci crispi l. a. paras. et semirefrigeratae (15,0—150,0); Emulsioni agitatione perfectae adde: Spiritus sacchari 50,0; Saccharini solub. 0,25, Vanillini 0,2. MDS. Tägl. 3 mal 1 Dessertlöffel (7 g).

Largin, eine Silbereiweifsverbindung, löst sich bis zu 10,5% in Wasser, leicht in Glycerin; die Lösungen werden weder durch Chloride noch durch Eiweifs gefällt. Es soll die Gonokokken besser töten als alle bisher bekannten Silbereiweifsverbindungen und tiefer in tote organische Substanzen eindringen. Nach Pezzoli (*Wien. klin.*

Wochenschr. 1898. No. 12) soll es dem Protargol mindestens gleichwertig sein. Dasselbe behaupten KORNFELD (*Wien. med. Presse.* 1898. No. 33), SCHAFTAU und AUFRECHT (*Allg. med. Centralztg.* Wien 1898. No. 84). — Man braucht ¼—1½%ige Lösungen in der Form der prolongierten Injektionen. ℞ Largini 0,5—3,0; Solve in Aq. dest. 200,0. Detur ad vitr. flav.

Nicotinum salicylicum. Statt der Nikotianaseife wird, ihrer giftigen Nebenerscheinungen wegen, Nicot. sal. 0,1% mit Lanolin, alias Eudermol, bei Scabies empfohlen, desgleichen bei parasitären, akuten und chronischen Hautaffektionen (WOLTERS, *Therapeut. Monatsh.* 1898, pag. 443).

Protargol. Es sind bisher mehr als 20 Arbeiten erschienen, welche für die ausgezeichnete Wirkung des Protargol bei Blennorrhoe eintreten. Etwa ein Dutzend Arbeiten können dem Protargol keinerlei Vorzüge gegenüber den anderen adstringierenden Mittel zuerkennen.

Salosantal ist eine 33%ige Lösung von Salol in Sandelholzöl und wird in allen Fällen empfohlen, in denen sonst Sandelholzöl gebraucht werden kann. Man gebe täglich 10—20 Tropfen dreimal nach den Mahlzeiten.

Somatose. Bei erschöpfenden Krankheiten, also auch bei Syphilis und Blennorrhoe, dürften die Eisen- und die Milch-Somatose zu empfehlen sein.

Tannoform hat sich als mildes Agens auf das secernierende Epithel der Schweifsdrüsen, bei Entzündungen infolge von Hypersekretion, bei Verbrennungen und als gutes Verbandmittel auf Grund zahlreicher Veröffentlichungen bewährt.

A. Strauſs-Barmen.

Über die Anwendung des heifsen Dampfes bei manchen Hautkrankheiten, von LIEBERSON-Odessa. (*Therap. Monatsh.* Jan. 1899.) LIEBERSON beansprucht die Priorität vor SAALFELD in der Anwendung des heifsen Dampfes bei gewissen Dermatosen, wie Akne, Komedonen und Ekzemen. In einer Schlufsnote erkennt SAALFELD, der im Oktoberheft der *Therap. Monatsh.* einen Dampfapplikationsapparat für das Gesicht beschrieben hat, diese Priorität willig an. — LIEBERSON empfiehlt besonders eine systematische Behandlung hartnäckiger Ekzeme mittelst Wasserdampfes. Der aus einer Entfernung von 12—16 cm auf die Haut gerichtete Dampfstrom entfernt alle Auflagerungen, erzeugt lebhafte Desquamation, unterstützt die Resorption von cutanen Infiltraten, beschränkt die Sekretion und befördert die Bedingungen der Narbenbildung. Nach dem Verfasser sind es hauptsächlich drei Faktoren, die bei der Wirkung auf die erkrankte Haut in Betracht kommen, 1. der mechanische Reiz infolge der Dampfströmung, 2. der thermische Reiz (bis 50° C.) und 3. die Wirkung infolge medikamentöser Zusätze (Soda, Alumnol oder Schwefelmineralwasser von Uriage les Bains). Auch bei Seborrhoea oleosa und Sykosis non parasitaria ist diese Therapie nach Verfasser mit Erfolg zu verwenden. *Hopf-Dresden.*

Über die Anwendung des heifsen strömenden Dampfes in der Dermatotherapie, von E. A. LIEBERSON. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1899. No. 18—20.) Die lokale Anwendung des Dampfes, die ja in der Gynäkologie heute eine gewisse Bedeutung besitzt, hat Verfasser auch für die Dermatologie nutzbar zu machen versucht. Zu dem Zwecke hat er einen handlichen Apparat konstruiert, dessen genauere Schilderung ohne Abbildung schwer möglich ist. Er soll aber sehr zweckmäfsig sein. Die Temperatur des Dampfes ist bei einer Entfernung von 12—16 cm höchstens 50° C. Läfst man denselben auf gesunde Haut einwirken, dann wird dieselbe rot, später rotbraun, heifs turgescent, gedunsen, weicher und zarter. Hat der Dampf ¼—½ Stunde eingewirkt, dann schwindet die Veränderung erst nach mehreren Stunden. Setzt man dieselbe Stelle an mehreren Tagen einige Zeit dem Dampfe aus, oder ist die Haut

besonders empfindlich, dann stellt sich eine Abschuppung ein. Bei Einwirkung des Dampfes in geringer Entfernung entsteht eine trockene Nekrose; es bildet sich eine pergamentartige, rotbraune Kruste. Individualität und Gewöhnung spielen dabei natürlich eine Rolle. — Komplizierter ist die Sache natürlich bei kranker Haut. Krusten und Schuppen werden aufgeweicht; Infiltrate werden resorbiert; Bläschen platzen; Geschwüre heilen unter Abnahme der eitrigen Sekretion; Sprünge und Risse der Haut schwinden; eventuelles Nässen nimmt anfangs zu, um später ganz aufzuhören; eitrige Follikulitiden gehen schnell zurück; Jucken wird auffallend gut gestillt. — Verfasser giebt dann einen genaueren Bericht über 22 Fälle von Ekzem, 5 von Acne rosacea, 2 von Lupus erythematodes, 2 von Lupus vulgaris, 2 von Ulcera cruris, 5 Fälle von Sykosis non parasitaria, 20 von Acne vulgaris und indurata, im ganzen 58 Fälle. — Der Dampf wurde bei chronischen Fällen täglich $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde appliziert; wo lebhafte Reizerscheinungen eintreten, natürlich seltener und kürzere Zeit. Die Behandlung mufs noch einige Zeit fortgesetzt werden, wenn die Haut ganz geheilt erscheint. — Schneller erfolgt die Heilung, wenn man die Dampfapplikation mit allgemein gebräuchlichen Methoden kombiniert, indem man dem Wasser medikamentöse Substanzen zusetzt oder nach der Dampfanwendung solche appliziert (Puder bei nässendem Ekzem etc. — Es eignen sich für das in Rede stehende Verfahren vornehmlich umschriebene Hautleiden. — Besonders betont Verfasser, dafs die Applikation des Dampfes durch den Arzt selbst bewirkt werden mufs, da eine regelmäfsige Kontrolle nötig ist. — Die Kasuistik des Verfassers ergiebt zunächst, dafs von 22 Fällen chronischen Ekzems nur einer ungeheilt blieb, einer nur gebessert wurde, einer bald recidivierte; 19 heilten dauernd. — Gut waren die Resultate bei Rosacea, Sykosis, Unterschenkelgeschwüren, Akne, zweifelhaft bei Lupus vulgaris und erythematodes. Kontraindikationen sind: akutes Ekzem, diffuses und chronisches, leicht exacerbierendes Ekzem, verruköses Ekzem, Psoriasis, Favus, Herpes tonsurans. Aufserdem giebt es eine Idiosynkrasie mancher Haut gegen die Dampfapplikation. — Die wirksamen Momente dieser Behandlungsweise sind: Die hohe Temperatur, die mechanische Reizung durch den Dampfstrom, die chemischen Einflüsse der etwaigen im Wasser aufgelösten Substanzen. Diese Momente bedingen eine Veränderung in der Blutfülle der Haut, eine Beschleunigung der Cirkulation, eine Erhöhung der Gefäfsspannung, eine Beschleunigung des Zerfall- und Resorptionsprozesses, eine Steigerung der Lebensthätigkeit des Gewebes, eine Verstärkung der funktionellen Drüsenthätigkeit, ein Eindringen der medikamentösen Substanzen in die Haut. — Verfasser empfiehlt die „heifsen Douchen" warm. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Beitrag zur Behandlung der Hautkrankheiten mittelst Röntgenstrahlen, von Gussmann und Schenkel. (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* Bd. II, Heft 4.) Verfasser haben an Jadassohns Klinik vier Fälle von Lupus ohne besonderen Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt; sehr gut heilte dagegen eine Sykosis non parasitaria (Acné pilaire). In den Lupusfällen ist vielleicht etwas zu forsch, ohne die nötige Rücksicht auf die Reaktion, beleuchtet worden. Es traten in allen vier Fällen scharf begrenzte Ulcerationen in den lupösen Partien, auch in deren narbigen Teilen, auf, die einen eigentümlichen spiegelnden Glanz zeigten. In zwei Fällen mufsten die Ulcerationen durch Transplantationen gedeckt werden; dann resultierten gute, glatte Flächen. Zum Schlufs schlagen Verfasser vor, bei allen therapeutischen Bestrahlungen genau Art der Röhre anzugeben, ferner Dauer der Bestrahlung, Abstand des Körpers, Spannung und Stärke des Stromes, Zahl der Unterbrechungen, Funkenlänge des Induktoriums. *F. Hahn-Bremen.*

Über ein neues „Argonin"-Präparat (Argonin „L.", lösliches Argonin), von JELLINEK. (*Gyógyászat.* 1898. No. 47; *Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 5.) Das von JADASSOHN besprochene Argonin hat bekanntlich mehrere Fehler, wodurch dessen Brauchbarkeit in mancher Beziehung problematisch erscheint. Der eine Fehler ist die umständliche Zubereitung; wenn der Apotheker bei Bereitung der Lösung nicht genügend vorsichtig vorgeht, so zerfällt das Argonin alsbald, verliert von seinem Silbergehalte und an Wirkung. Allein auch die wohlbereiteten Lösungen dekomponieren alsbald (innerhalb einiger Tage bis 1—2 Wochen), die zersetzten Lösungen bilden einen über fingerdicken Bodensatz, und wenn bei der Behandlung des Trippers mit Argonin nicht die günstigsten Resultate erzielt werden, so sind, abgesehen natürlich von den den Harnröhrenprozefs komplizierenden Momenten, auf obige Faktoren besondere Rücksichten zu nehmen. Die chemischen Farbwerke zu Höchst haben nun ein neues Präparat hergestellt, welches den Namen Argonin „L." führt, welches Verfasser in der Poliklinik des Dr. ALPÁR ausprobierte. Dasselbe bildet ein feines, leichtgelbes Pulver und unterscheidet sich vom älteren Argonin hauptsächlich dadurch, dafs es sich im kalten Wasser sehr leicht löst und dafs diese Lösungen monatelang ein ständiges Präparat bilden. Das ältere Argonin ist eine chemische Zusammensetzung von Argent. nitr. mit Casein und enthält 4,2% Silber. Das „Argonin L." ist eine Zusammensetzung von Argent. nitr. und Eiweifs und enthält 10% Silber, könnte jedoch noch mehr — bis 17% Silber — enthalten, ohne dafs seine Lösbarkeit beeinflufst wird. Die chemischen Eigenschaften des „Argonin L." sind im grofsen und ganzen dieselben wie die des älteren Argonin. — Es wurden 26 Fälle bis zu Ende behandelt und beobachtet, von denen 20 akute Fälle waren; bei allen war rasche Abtötung der Gonokokken nachweisbar, bei den meisten konnten nach 3—5 Tagen Gonokokken nicht mehr nachgewiesen werden. Auch das ältere Argonin übertrifft es in baktericider Wirkung — es wurden 15 Fälle behandelt —, da bei letzterem bei einem Falle am dritten Tage, in den übrigen vom Ende der ersten bis dritten Woche das Sekret erst gonokokkenfrei wurde. Das „Argonin L." ist daher infolge seiner kräftigen baktericiden Eigenschaft, infolge seiner leichten Herstellung und seines gröfseren Silbergehaltes (10% gegenüber 4,2%) und der Beständigkeit der Lösungen halber berufen, das ältere Argonin zu ersetzen, und verdient, dafs es unter den übrigen antiblennorrhoischen Heilmitteln einen würdigen Platz einnehme. In der That übertrifft es sogar infolge einiger Eigenschaften das eine oder das andere Antiblennorrhoicum. — Anders verhält es sich mit der adstringierenden Wirkung beider Präparate. Keines der beiden besitzt adstringierende Eigenschaft, es konnten in keinem der Fälle Adstringentien entbehrt werden. Auf Grund der Erfahrungen kann empfohlen werden, dafs die Adstringentien bereits dann angewendet werden können, wenn mehrmaliger negativer Gonokokkenbefund eintritt, obwohl die Harnröhre noch einen gewissen Grad der Veränderungen zeigt. Es ist aber angezeigt, den Kranken auch weiterhin zu kontrollieren und inzwischen mit dem Antiblennorrhoicum lokal zu behandeln, ja sogar die Harnröhrenschleimhaut am Ende der Heilung mit provozierenden Mitteln zu reizen. Bei derartiger Vorsicht wurden mit dem „Argonin L." rasche und sichere Erfolge erzielt. *A. Alpár-Budapest.*

Das Carburen, von PINI und TRAMONTANI. (*Bollet. di Chim. e Farm.* 1898. No. 5.) Dieses rötlich-gelbe, geruchlose, zur aliphatischen Reihe gehörende Öl bildet nach den Untersuchungen des Verfassers ein sehr gutes Vehikel für die verschiedensten Präparate; es ist absolut unschädlich und ersetzt vorteilhaft jedes andere Öl bei der Darstellung von Salben. *C. Müller-Genf.*

Über den therapeutischen Wert der Chrysarobin- und Pyrogallusderivate, von Bottstein-Berlin. (*Therap. Monatsh.* Jan. 1899.) Bottstein aus der Blaschkoschen Poliklinik bespricht an der Hand von 92 Fällen, die zum gröfsten Teil Ekzeme und Psoriasis betreffen, die therapeutische Verwendbarkeit der von Kromayer auf dem Strafsburger Dermatologenkongrefs empfohlenen Pyrogallus-Chrysarobin- und Resorcinderivate. Am günstigsten stellen sich die Resultate für das Lenigallol (Pyrogalloltriacetat) und das Eurobin (Chrysarobintriacetat). Die Absicht Kromayers und Vieths, bei den neuen Präparaten statt der alten wasserlöslichen Medikamente wasserunlösliche zu schaffen, die ihre wirksamen Bestandteile gewissermafsen in statu nascendi auf die erkrankte Haut einwirken lassen, ist nur zum Teil von Erfolg gekrönt worden. Wie wohl von den meisten Dermatologen, die sich mit den neuen Mitteln beschäftigt haben, wird das Eurobin als Flüssigkeit oder 2—5%ige Salbe als kräftiges, reizloses Antipsoriaticum gelobt. Ebenso das Lenigallol in 3—30%iger Salbe gegen alle Formen chronischen Ekzems, wobei es aufserordentlich resorptionsbefördernd auf alte Hautinfiltrate wirkt. Lenirobin hat Bottstein gar nicht angewandt, weil das Bedürfnis nach einem noch schwächeren Präparat als Eurobin nicht vorlag. Seine Erfahrungen mit Euresol — 4 Fälle von Sykosis vulgaris — sind negativ. Von Wichtigkeit erscheint mir noch die Beurteilung der Eugallolwirkung. Auch Bottsteins Versuche erfüllten die Erwartungen, die man darauf gesetzt hatte, nicht. Wirkliche Erfolge waren bei Lupus erythematosus und Lichen chronicus simplex und Psoriasis zu verzeichnen, im letzteren Falle aber kein schnellerer Erfolg als mit Chrysarobin. Im Gegenteil waren die begleitenden Reizerscheinungen recht unangenehmer Art. — Letztere Ansicht deckt sich mit der, die Referent kürzlich im *Derm. Centralbl.* (II, 1. 1898/99) vertreten hat. *Hopf-Dresden.*

Über die therapeutische Verwendung kolloidaler Metalle, von Schlossmann. (*Therap. Monatsh.* 1899. Heft 5.) Der Verfasser hält das kolloidale Silber für ein vorzügliches, nicht reizendes und ungiftiges Antiseptikum, das nicht nur in der Chirurgie, sondern auch in der internen Medizin nach allen Richtungen hin ausprobiert zu werden verdient. Für infektiöse Erkrankungen der Schleimhäute, vor allem für die Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen, sowie für die Collicystitis giebt es kein anderes Mittel, das gleich intensiv und rasch den Krankheitsprozefs zur Ausheilung bringt. Bei Ophthalmoblennorrhoe verwendet der Verfasser eine 1—5%ige eiweifshaltige Lösung, die mittelst Haarpinsels auf die Conjunctiva appliziert wird. Gewöhnlich tritt schon nach der ersten Pinselung Besserung ein; nach 4—5 Tagen ist die Affektion oft schon geheilt. Bei Collicystitis werden nach vorausgegangener Ausspülung der Blase 100 ccm einer 1%igen eiweifshaltigen Lösung eingeführt: die Wirkung zeigt sich sehr rasch, das Fieber fällt ab, das Allgemeinbefinden hebt sich, der Urin wird steril. — Das kolloidale Quecksilber verdient infolge seiner geringen toxischen Eigenschaften, seiner leichten Resorbierbarkeit und seiner prompten antiluetischen Wirkung die allgemeinste Beachtung. Der Verfasser läfst bei Kindern täglich 2 g einer 10%igen Salbe einreiben. — Der Verfasser hält es für wesentlich, nicht die reinen Lösungen der Metalle zu verwenden, sondern stets, auch bei Anwendung in Salbenform Eiweifs zuzusetzen (zu 200 ccm etwa das geschlagene Weifse eines Hühnereis).

Götz-München.

Über organische Fluormedikamente, von W. Tischer und A. Beddies. (*Ärztl. Rundsch.* 1898. No. 48 und 49.) Die drei Fluorverbindungen Difluordiphenyl, Fluorphenetol und Fluorpseudocumol sind nach den Versuchen der Verfasser in geringen Mengen relativ ungiftig. Der antiseptische Wert schwankt je nach der Anwendung. Sie reizen das Muskel- und Nervensystem, haben ein leichtes Diffusions-

vermögen und sind indiziert namentlich bei mit Hautträgheit einhergehenden Hautleiden. Von den Salbengemischen Epidermin, Fluor-Rheumin und Antitussin interessiert uns hier das erstere, das bei Erythemen des Anus, namentlich bei Kindern, gut wirkte ferner bei Ekzemen. Infiltrierte Flächen, seröse Exsudationen, eitrige Sekrete sollen nach 2—3tägiger Behandlung verschwinden. Sehr geeignet erschien Epidermin auch zur Behandlung der Ichthyosis und von Brandwunden. *A. Strauſs-Barmen.*

Inunktionskur und Badekuren, von Schuster. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1899. No. 34.) Verfasser hat am eigenen Leibe die Welandersche und Mergetsche Vorschrift zur Quecksilberapplikation geprüft und gefunden, daſs recht wenig Hg. durch die Lungen allein aufgenommen wird; nach seinen Untersuchungen ist die Haut das hauptsächlich resorbierende Organ, nebenbei wird auch einiges Hg. durch die Lungen aufgenommen. Einreibekur und Badekur sind sich ergänzende Heilfaktoren; denn die Badekur unterstützt und fördert die Heilwirkung der Einreibekur.

F. Hahn-Bremen.

Die Wandlungen der Einreibungskur, von L. Schuster-Aachen. (*Ther. d. Gegenw.* Mai 1899.) Die Abhandlung bringt in ihrem ersten Teil, betreffend die Art der Anwendung des Quecksilbers, seitdem es in den Arzneischatz eingeführt ist, wenig Neues. Es ist bekannt, daſs man sich, was die Stärke der Schmierkur anbelangt, in den extremsten Grenzen bewegte. Während die eine Schule enorme Mengen Merkur verreiben lieſs und die Salivation gern gesehen, zum Teil als notwendig betrachtet wurde, verfiel eine andere Lehre in den gegenteiligen Fehler. Schuster widerspricht vor allen Dingen den Theorien, die Neisser bezüglich der Inunktionskur im vorvorigen Jahre in Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge ausgesprochen hat, nämlich daſs die Hauptwirkung bei der Schmierkur auf einer Einatmung beruhe, der gegenüber die Aufnahme von Merkur durch die Haut, wenn überhaupt eine solche stattfände, ganz in den Hintergrund trete. Im Gegenteil erzielte Schuster vielfach negative Heilresultate bei der Sackbehandlung nach Welander und der Anwendung der Mergetschen Flanelles mercurielles. Thermalbäder, wie sie in Aachen bei der Schmierkur angewandt werden, hält Verfasser für angebracht, da sie die Haut reinigen und für die Aufnahme des Merkurs empfänglicher machen. Hauptbedingnis für die Inunktionswirkung ist eine feinste Extinktion der Quecksilberkügelchen. Diesem Zwecke dient u. a. vorzüglich die Schustersche Seifensalbe oder Salbenseife, deren wahre Zusammensetzung folgende ist: Rp. Hydrargyri depurati 33⅓ %; Sapon. oleac. albis. pulv. 12⅔ %; Sebi filtrati 18 %; Adipis filtrati 36%. Aus dem Widerstreit der Ansichten pro et contra Einatmungstheorie geht die Notwendigkeit exakter physiologischer Untersuchungen über die beste, beziehentlich einzige Methode der Merkuraufnahme im menschlichen Körper hervor. *Hopf-Dresden.*

Über eine einfache und zuverlässige Methode, quantitativ im Harne das Quecksilber zu bestimmen, von Schumacher II und Jung. (*Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.*) Bd. 42. 2—4. Heft.) Die von den Verfassern angegebene Methode ist eine Kombination der Verfahren von Jolles und Winternitz, die sich leicht und schneller als die Winternitzsche ausführen läſst und genauere Resultate als die von Jolles giebt. Der Gang des Verfahrens, über das genaueres im Original nachzulesen ist, ist kurz folgender: Zunächst wird die organische Substanz mit Salzsäure und chlorsaurem Kalium zerstört, dann wird Zinnchlorürlösung zugesetzt, nochmals etwaige Reste von organischer Substanz durch Zusatz von chlorsaurem Kalium vernichtet und wird die Flüssigkeit durch ein Filtrieramalgamierröhrchen gesaugt; das amalgamierende Filter besteht aus Goldasbest, den Verfasser nach einem besonderen Verfahren

herstellen. Dann wird getrocknet und das Quecksilber in üblicher Weise durch Glühen und Jodieren, bezw. durch nachfolgendes Nachwiegen qualitativ und quantitativ nachgewiesen. *F. Hahn-Bremen.*

Methode zur Quecksilberbestimmung im Urin, von Wyschemirski. (Petersburg, 1898. Russisch.) Nach Besprechung der verschiedenen Methoden zur Bestimmung des Quecksilbers im Urin beschreibt Verfasser seine eigene Methode in folgender Weise: In einen Kolben von 1 Liter Umfang gießt man 500 ccm des zu untersuchenden Urins, fügt dazu 25—30 ccm Schwefelsäure und schüttelt um, darauf gießt man 35—40 ccm chemisch reiner Salzsäure hinzu, schüttelt wieder um und wirft in das Gemisch ein dünnes Messingblechstreifchen, wie sie unter dem Namen „Goldregen" im Handel zum Christbaumschmuck käuflich sind. Nach erneutem Umschütteln wartet man bis zum folgenden Tage, nimmt dann den Messingsblechstreifen heraus, wäscht ihn ab, trocknet ihn und legt ihn mit einem Körnchen Jod in ein Reagenzglas: Durch Erwärmen wird das Quecksilber verdunstet und in die rote Bijodidverbindung übergeführt. Indem man nun den Ring mit einer vom Verfasser auf Grund vielfacher Untersuchungen aufgestellten Scala vergleicht, läßt sich der Quecksilbergehalt approximativ leicht bestimmen. Die Methode verlangt wenig Zeit und genügt den gewöhnlichen ärztlichen Anforderungen. *A. Jordan-Moskau.*

Behandlung eines Falles von akuter Quecksilbervergiftung durch Blutausspülung, von Fiocco. (*Rif. med.* 1899. No. 38.) Eine 33jährige Syphilitica hatte im ganzen 35,8 KJ und 6 Kalomelinjektionen à 0,01 erhalten und sich eine schwere Quecksilbervergiftung zugezogen, welche die Patientin dem Exitus sehr nahe brachte. Es wurde ihr eine subcutane Infusion von 1½ l physiologischer Kochsalzlösung in die Oberschenkelgegend gemacht. Sofort besserte sich der äußerst bedrohliche Zustand, die Harnmenge stieg augenblicklich von 300 auf 2000 ccm, das Eiweiß im Harne verschwand, der Allgemeinzustand wurde ein vortrefflicher. Nach 3 Wochen konnte die Patientin geheilt entlassen werden, während im Harne noch Spuren von Quecksilber nachzuweisen waren. *C. Müller-Genf.*

Über den Einfluß des Jods auf den Gehirndruck, von M. v. Zeissl. (*Wien. med. Presse.* 1898. No. 15.) An dem kurarisierten und durch Morphium unempfindlich gemachten Tiere wurde das Schädeldach bloßgelegt, nach links von Sinus longitudinalis ein kreisrundes Trepanloch angelegt und sodann ein Stück der Dura mater excidiert. In dieses Trepanloch wurde eine entsprechende konische hohle Stahlschraube luftdicht eingelegt und mit dem Federmanometer von v. Basch verbunden. In das periphere Ende der Carotis wurde eine Kanüle eingebunden, das centrale Ende mit dem Quecksilbermanometer in Verbindung gebracht. Wurde nun eine physiologische Kochsalzlösung oder eine 1%ige Jodnatriumlösung eingespritzt, so entstand bloß eine geringe und alsbald verschwindende Steigerung des Gehirn- und des Blutdruckes. Injizierte er jedoch 50 g einer Jodnatriumlösung (Jodi puri 4,0, Natrii jodati 4,70, Aqu. dest. 200,0), so erfolgte zunächst eine Pulsverlangsamung und alsbald eine ganz außerordentliche Blutdrucksteigerung, welcher sich eine unerwartet hohe Steigerung des Gehirndruckes zugesellte. Die durch physiologische Eingriffe erzielte Blutdrucksteigerung bewirkt auch eine Steigerung des Gehirndruckes, aber die durch das Jodjodnatrium bedingte Gehirndrucksteigerung war 3—4 mal so beträchtlich. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen an der Lunge sprechen dafür, daß außer jener Bedingung, welche bei Blutdrucksteigerung den Gehirndruck steigen macht, auch für das Gehirn eine Transsudation von Flüssigkeit in das Gehirn angenommen werden kann. Diese Annahme wird umso wahrscheinlicher, als bezügliche

Versuche lehren, daſs die Gehirndrucksteigerung ausbleibt oder sehr unbeträchtlich ist, wenn vor der Einspritzung des Jodjodnatriums der Wirbelkanal durch Einschneiden der Membrana obturatoria eröffnet wird. Die Annahme der Transsudation von Flüssigkeit wird auch noch durch das Verhalten des Augenhintergrundes wesentlich gestützt. Die mikroskopische Untersuchung der Bulbi und der mit Jodjodnatrium injizierten Gehirne soll feststellen, ob eine Transsudation thatsächlich stattfindet oder nicht, und ob nicht durch die Injektion des Jodjodnatriums irgendwelche histologische Veränderungen des Gehirns und seiner Gefäſse veranlaſst werden, über deren Resultate später berichtet werden soll. *A. Alpár-Budapest.*

Klinische Erfahrungen über zwei Ersatzmittel des Jodoforms: Amyloform und Jodoformogen, von Heddaeus. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 12.) Amyloform ist nach den Erfahrungen des Verfassers ein durchaus empfehlenswertes antiseptisch wirkendes Streupulver, das in sehr vielen Fällen das Jodoform zu ersetzen im stande ist: seine desinfizierende Kraft scheint anhaltender zu sein als die anderer Antiseptika; es ist absolut reizlos, verursacht nie üble Nebenwirkungen wie Ekzem oder Intoxikationserscheinungen und befördert infolge seiner stark sekretionsbeschränkenden Wirkung die Reinigung eiternder Wunden; es dürfte daher seine Hauptanwendung bei flächenhaften eiternden Prozessen finden. Spezifisch antituberkulöse Kraft scheint es nicht zu besitzen. — Dem Jodoformogen sind ausgesprochen antiseptische Kraft und stark sekretionsbeschränkende Wirkung eigen, es regt die Granulationsbildung an und besitzt spezifischen Einfluſs auf tuberkulöse Prozesse; es ist auſserdem relativ ungefährlich und fast geruchlos; es kommt von allen Jodoformersatzmitteln dem Jodoform am nächsten und ist wegen seiner jodoformähnlichen und doch die Nachteile des Jodoforms gröſstenteils vermeidenden Eigenschaften in den meisten Fällen dem Jodoform vorzuziehen. In Fällen, in denen eine direkte Indikation zur Anwendung des Jodoforms nicht vorliegt, wie bei Phlegmonen etc., scheint es die Dauer des Heilverfahrens wesentlich abzukürzen. *Götz-München.*

Über Jodoformogen, von Mahler. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 32.) Nach den vielen günstigen Mitteilungen über das Jodoformogen können wir über die obige Arbeit mit kurzem Worte hinweggehen. Verfasser lobt das Jodoformogen als guten Ersatz des Jodoforms bei der Scheidentamponade. *F. Hahn-Bremen.*

Das Kampfer-Jod-Guajacol bei einigen Hautkrankheiten, von E. Dacco. (*Rif. med.* 1899. No. 22—26.) Verfasser hat sechs Patienten nach der von Coronedi und Marchetti empfohlenen Methode behandelt, welche in subcutanen Injektionen einer Auflösung von Jod in Mandelöl besteht. Diese Autoren verwenden zwei Lösungen; die eine enthält neben 10—15% krystallisierten Guajacols und 5% Kampfer 1%, die andere 20% Jod. Von diesen beiden Lösungen wird, je nach der Indikation, die eine oder die andere in einer Dosis von 2—5 ccm in die Glutaei oder unter die Haut injiziert. D. behandelte auf diese Weise seine sechs mit skrophulösen oder tuberkulösen Affektionen behafteten Patienten (prälupöses Infiltrat der Nase, der Oberlippe und der Wange mit begleitendem impetiginösem Ekzem; nässendes Ekzem des Kopfes und Gesichtes mit Conjunctivitis und Keratitis bei einem skrophulösen Individuum; diffuses Ekzem bei einem ebenfalls skrophulösen Patienten; skrophulöses Geschwür der Parietalgegend; Tuberkulose des Hodens; chronisches impetiginöses Infiltrat der Oberlippe). Das Resultat war im allgemeinen ein ziemlich günstiges; jedenfalls wurde der Allgemeinzustand sehr vorteilhaft beeinfluſst zumal bei den krophulösen Individuen. Bei den zwei Ekzempatienten konnte man nicht mit Be-

stimmtheit behaupten, ob der Erfolg dem Jod oder der lokalen Behandlung zuzuschreiben sei. Unter allen Umständen hält Verfasser weitere Versuche für höchst empfehlenswert. *C. Müller-Genf.*

Über Anwendung der Kakodylsäure in der Behandlung von Hautkrankheiten, namentlich der Psoriasis vulgaris, von Herman Gyselman. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 14.) Zum internen Gebrauche bei Psoriasis vulgaris empfahl F. Hebra nur Arsen, Aq. picea und Karbolsäure. Später kamen noch hinzu Jodkalium und die Schilddrüsenpräparate. Verfasser hat in der Rillesschen Abteilung die Kakodylsäure, Dimethylarsensäure $As(CH_3)_2O(OH)$ und deren Natriumsalz $As(CH_3)_2O(Na)$ geprüft, welche vor zwei Dezennien Jochheim als gut vertragene Arsenpräparate empfohlen hat. Sie wurden wegen des ekelerregenden knoblauchartigen Geruches, den Harn, Schweiſs, Exspirationsluft bekommen, damals wieder verlassen. Auch Insomnie, widriges Aufstoſsen, Trockenheit im Munde sind als lästige Nebenerscheinungen beobachtet. Über die Giftigkeit der Kakodylsäure gehen die Ansichten auseinander. Danlos hat 1896 die Versuche wieder aufgenommen und empfiehlt dieselbe gegen Psoriasis. Verfasser hat 17 Fälle mit subcutanen Injektionen von Natrium kakodylicum behandelt, 12 Psoriasis vulgaris, 3 Lichen ruber, je einen Prurigo und Sarcoma cutis. Angewendet wurde eine Lösung von 4,0—8,0 : 10,0. Es wurde meistens intramuskulär in die Nates injiziert, zuweilen auch abwechselnd subcutan an der Streckseite des Oberarms. Die Involution begann stets zuerst an der oberen Körperhälfte, zumal im Gesicht, am Capillitium und am Halse. Örtlich zeigten sich nur ausnahmsweise an der Injektionsstelle nennenswerte Schmerzen oder entzündliche Erscheinungen, ebensowenig war das Allgemeinbefinden gestört. Die Wirkung war eine gute, wenn sie auch diejenige der übrigen Arsenpräparate nicht übertrifft. Sehr günstig beeinfluſst wurde das Jucken, bevor noch ein Rückgang der Efflorescenzen bemerkbar war. Letztere erblaſsten zuerst, dann schwand die Schuppung. Zweimal blieb eine Pigmentierung der Hautstellen zurück. Leichter zugänglich für die Arsentherapie sind die recenten Fälle; chronische inveterierte Formen blieben meist unbeeinfluſst. Der Preis der Präparate ist ein hoher. Krankengeschichten sind der Arbeit beigegeben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Kil, eine mineralische Seifenmasse. (*Pharm. Centralh.* 1899. No. 4.) In verschiedenen Gegenden am schwarzen Meere findet sich ein eigenartiger, Kil genannter, grauweiſser, weicher, leicht zerreibbarer Thon, der aus Kieselerde, Eisenoxyd, Thonerde, Kreide und kohlensaurem Magnesium besteht, bei genügendem Wasserzusatz unter Schäumen in einen fast weiſsen Brei übergeht und ausgeglüht mit Wasser eine weiſse, milde, salbenartige Paste bildet. Nach den Erfahrungen eines in der Krim thätigen Arztes, Weliamowitsch, ist der Kil durch Ausglühen leicht sterilisierbar und fähig, alle möglichen medikamentösen Stoffe aufzunehmen, ohne sie zu verändern. Kil ist daher sehr gut brauchbar als Unterlage für Salben und Pasten, ferner zu aseptischen Kataplasmen, sowie als Ersatz für Seife, z. B. bei akutem Ekzem. Bei starker Schuppenbildung auf dem Kopfe wirkt er ohne jeden Zusatz recht günstig. Die Haare werden durch Kil nicht verklebt. *Götz-München.*

Erfahrungen mit Largin, von F. Kornfeld. (*Wien. med. Presse.* 1898. No. 33.) Verfasser berichtet über seine Resultate der Larginbehandlung bei Urethralblennorrhoen verschiedenen Stadiums und bestätigt im groſsen und ganzen die Resultate von Pezzoli. Behandelt wurden 29 Fälle mit prolongierten Einspritzungen. Er resumiert seine Resultate im folgenden: 1. Wir besitzen im Largin ein für die Tripperbehandlung vortreffliches Mittel; es kürzt die Dauer des Prozesses rasch ab und verhütet das

Eintreten von Urethritis posterior. 2. Bei der Behandlung von subakuten Prozessen der hinteren Harnröhre leistet es gleichfalls sehr gute Dienste und eignet sich sehr gut zur Irrigations- und Instillationsbehandlung der Urethra posterior. 3. Bei chronischen Prozessen ist es den bisher gebrauchten Mitteln, namentlich dem Lapis, nicht überlegen. 4. Dem Protargol, sowie den anderen Silbereiweifsverbindungen ist das Largin gewifs gleichwertig. *A. Alpár-Budapest.*

Naftalan bei Brandwunden und anderen Hautaffektionen, von B. Bloch. (*Die Heilkunde.*) Bei starken Verbrennungen wirkte Naftalan, in dicker Lage aufgestrichen, kühlend und sehr schmerzlindernd. Bei schmerzhaften Unterschenkelgeschwüren war seine Anwendung dagegen mit sehr brennenden Schmerzen verbunden, während hier Jodoform und Xeroform den Schmerz linderten. Verfasser meint daher, dafs nur bei durch Hitze erzeugten pathologischen Prozessen Naftalan die Schmerzen herabsetze, eine Annahme, die durch weitere Beobachtungen des Verfassers an Wahrscheinlichkeit gewinnt. Die Wirkung des Naftalans ist keine tiefgreifende, daher sind infiltrierte Ekzeme nicht dafür geeignet. Auch bei nässenden Ekzemen wurde kein Erfolg gesehen. Für Gewerbeekzem ist Naftalan sehr brauchbar. Bei Psoriasis vermag es die anderweitige Behandlung zu unterstützen. Nach Transplantation bewährte es sich als gutes und reizloses Deckmittel.

A. Strauſs-Barmen.

Zur Wirkung des Naftalans, von Vehmeyer. (*Ärztl. Praxis.* 1. April 1899.) Verfasser sah guten Erfolg vom Naftalan bei einer Phlegmone, bei Ekzem der Ohren und bei disseminierter Furunkulose. Leider erklärt Verfasser sich diese gute Wirkung aus der Verwandtschaft des Naftalans mit dem Naphtol und Naphtalin, mit denen er sonst gute Heilwirkungen erzielte. *F. Hahn-Bremen.*

Über Naftalan und seine Verwendbarkeit bei Hautkrankheiten, von Fricke. (*Zeitschr. f. prakt. Ärzte.* 1899. No. 2.) Auch die vom Verfasser auf der Neisserschen Klinik gemachten Beobachtungen bestätigen, dafs Naftalan eines der wenigen neueren Heilmittel ist, welche auf einem begrenzten Gebiete eine dauernde Anwendung zu finden verdienen. Verfasser applizierte das Naftalan nicht rein, da es so zuweilen reizt, die damit bestrichenen Läppchen nicht appetitlich aussehen und alle Salbe aufsaugen. Er wandte es in Pastenform an: Zinc. oxyd., Amyl. ā 25,0, Naftalan 50,0. Ds. Naftalanzinkpaste. — Die nützlichen Eigenschaften des Naftalans sind: Es wird vom Organismus gut vertragen, ist nahezu geruchlos, wirkt juckstillend, schmerzstillend und entzündungswidrig; es ist brauchbar bei Ulcerationen, hinterläfst in der Wäsche keine bleibenden Flecke. Nennenswert antiparasitär wirkt es nicht, ebensowenig hat es eine Tiefenwirkung. — Juckstillend bewährte es sich bei Pruritus und Prurigo (hier rein nach dem Schwefelbade eingerieben); antiskabiös wirkt es nicht, jedoch ist 1% Naphtol-Naftalan weniger reizend als die Kaposische Salbe. Gegen die parasitären Hautleiden (Herpes tonsurans etc.) leistet Naftalan nichts, ebensowenig gegen Lupus vulgaris und Psoriasis. Das hauptsächlichste Wirkungsgebiet sind die Ekzeme. Bei sämtlichen akuten Fällen, unabhängig von dem jeweiligen Stadium, trat unter 50% Naftalanpaste Besserung ein, und zwar schneller als nach anderen zu Parallelversuchen benutzten alten Mitteln. Chronische Ekzeme zeigen nach Naftalan nur einen Nachlafs der katarrhalisch-desquamativen Erscheinungen; die Infiltration wich nicht. Dieses wurde erst erreicht, wenn man der Paste 3—10% Teer zusetzte. Die seborrhoischen Ekzeme weichen dem Naftalan auch nur sehr langsam, dagegen heilen die Gewerbeekzeme ausgezeichnet schnell. — Verfasser resumiert: 1. Naftalan ist ein Präparat von milder Wirkung, in der Ekzemtherapie

von vorzüglichem, oft geradezu überraschendem Erfolge. Akute und chronische Ekzeme werden günstig beeinflufst; kein Stadium, keine Lokalisation des Leidens bilden für die Naftalantherapie eine Kontraindikation, höchstens ganz akute, mit den intensivsten Erscheinungen einsetzende Ekzeme ausgenommen. 2. Dem Teer gleichende Eigenschaften kommen dem Naftalan nicht zu. Speziell besitzt das Mittel nach meinen Erfahrungen weder eine antiparasitäre noch eine energische, in die Tiefe gehende Wirkung. Bei den parasitären Leiden, Psoriasis vulgaris, chronisch-infiltrierten Ekzemen, Prurigo ist es daher nicht zu empfehlen. Bei letzteren beseitigt es wohl die entzündlichen Erscheinungsformen, läfst aber die Infiltration unbeeinflufst. 3. Allenfalls wegen der juckmildernden Eigenschaften ist Naftalan auch bei Urticaria, Prurigo, Pruritus cutaneus indiziert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Versuche mit Naftalan, von Merlin. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 5.) Bei 79 Fällen hat Verfasser das Naftalan verwendet. Bei phagedänischen Geschwüren stellte sich eine gute Granulationswucherung mit Sekretverminderung ein. Vier Hoden- bezw. Nebenhodenentzündungen gingen in 9—10 Tagen zurück; der Schmerz liefs bald nach. Ebenso günstig werden Unterschenkel- und Fufsgeschwüre beeinflufst (35 Fälle); bei den zwei schlimmsten Geschwüren varikösen Ursprungs war allerdings vorher die V. saphena unterbunden. Sykosis parasitaria heilte unter Epilation und Naftalaneinreibung; eine Impetigo contagiosa schwand in 14 Tagen. Besonders bemerkenswert waren die Erfolge bei Ekzemen aller Art, Verbrennungen. Verfasser empfiehlt das Präparat warm. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Protargoltherapie, von A. Lesshafft-Görlitz. (*Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges.* 2. Jahrg. No. 11.) Eine 10%ige Protargollösung mit Zusatz von etwas mehr Tropfen Glycerin, wie Decigramm Protargol verschrieben sind, wurde mehrere Male täglich bei Conjunctivitis blennorrhoica (18 Fälle) eingeträufelt. Aus den erzielten Erfolgen werden folgende Schlüsse gezogen: 1. Protargol besitzt mindestens ebenso sicheren spezifischen Einfluss auf Gonokokken wie Argentum nitricum bei gröfserer Tiefenwirkung und Freisein jeder Ätzwirkung. 2. Es ist ungefährlich und kann auch Laien wie Hebammen in die Hand gegeben werden. 3. Die Dauer der Kur ist eine erheblich kürzere als beim Argentum nitricum. 4. Die Schmerzhaftigkeit ist geringer als beim Argentum nitricum. 5. Schwellung und Sekretion lassen sehr schnell nach. 6. Man kann den Angehörigen die Anwendung des Mittels überlassen. *A. Strauſs-Barmen.*

Die therapeutische Bedeutung des Tannoforms, von St. Grosse. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1899. No. 17.) Nachdem Verfasser das Tannoform als internes Mittel, wo es auf eine adstringierende Wirkung ankommt, so bei Darmkatarrhen aller Art, empfohlen, bespricht er auch die äufsere Anwendung desselben. Gut bewährte sich dasselbe bei Ozaena, als Streupulver (1 : 2) nach Boraxspülungen angewendet, bei hyperämischen Zuständen der Nasenschleimhaut, bei Leukoplakie mit schmerzhaften Rissen und Verschwärungen, bei Tonsillitis und Pharyngolaryngitis. Schnell heilte Tannoform Balanitis, postblennorrhoische Cervixkatarrhe, Ulcus molle (vorher Ätzung mit Formaldehyd), Herpes praeputialis, spitze Kondylome. Wo die Einführung pulvertörmiger Mittel bei Balanoposthitis erschwert ist, nimmt man eine Tannoform-Paraffinemulsion: Tannoform 5,0, Paraffin. alb. solid. 5,0—10,0 s. Paraffin. liquid. 85,0—90,0 (je nach der Jahreszeit). Fasano schreibt dem Tannoform eine spezifische baktericide Wirkung auf Gonokokken zu; er heilte in 8—14 Tagen Endometritis und Vaginitis blennorrhoica chronica. Ebenso sah Goldmann vorzügliche Erfolge in der gynäkologischen Praxis. — Eine wichtige Indikation für das Tannoform bildet das Ekzem,

besonders das Eccema madidum. Akute und chronische Ekzeme heilten nach Fasano, Goldmann, Ehrmann, Ullmann unter 10,0—15 % Salbe schnell ab. Auch gegen Favus wird das Tannoform empfohlen. Ullmann verwendete ein Tannoformpflaster. Setzte er letzterem 5% Salicylsäure zu, dann heilte es chronische Ekzeme mit Hyperkeratose, mykotische Ekzeme. Ein wichtiges Anwendungsgebiet für das Tannoform bietet die Hyperidrosis, speziell diejenige der Füfse. Den bisher geübten, vom Verfasser aufgeführten Methoden gegenüber hat das Tannoform wegen seiner Ungiftigkeit, der einfachen Anwendungsweise, der prompten Wirkung viele Vorzüge; Verfasser bezeichnet es geradezu als Specificum. Appliziert wird das Streupulver (1 : 2 Talcum) in Streubeuteln; am besten wird das Pulver fest in die gereinigte Haut eingerieben. Intertrigo, Erytheme, Impetigo, Decubitus, Ulcera cruris bilden alle das Arbeitsgebiet für das Tannoform. (Sicher ist dieses ein viel anwendbares Heilmittel, wenn auch vielleicht einige Autoren, wie Fasano etc., etwas optimistisch zu sein scheinen. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Xeroform, von Havas. (*Orvosi-Hetilap.* 1898, *Gyogy.* No. 2.) Die Anwendungsweise des Xeroforms ist ähnlich der des Jodoforms. Verfasser benutzte dasselbe bei Ulcus molle, Bubonen, oberflächlichen Hautdefekten, bei nässenden exulcerierten syphilitischen Papeln, Vulvitis, Balanitis, Herpes progenitalis und ekzematösen Prozessen. Hervorgehoben mufs werden, dafs das Xeroform stets mit der affizierten Stelle in direkten Kontakt gebracht werden mufs. Bei nässenden Ekzemen bewährte sich dasselbe am besten als Xeroform-Zinkpaste. Schon nach eintägiger Behandlung vermindern sich die Entzündungserscheinungen, die Schmerzen werden gelindert, die nässenden Pünktchen nehmen bedeutend an Zahl ab und alsbald tritt die Überhäutung ein. Beim Eccema scroti und Eccema perineale hört der Juckreiz alsbald auf. Unter der Einwirkung des Xeroforms kann aber selten vollkommene Heilung eintreten, weil unter dessen Einwirkung die Haut rauh und spröde wird; es müssen nachher noch irgendwelche Erweichungssalben nachhelfen. Bei einem auf dem ganzen Körper verbreiteten Jodoformexanthem bildeten sich die schweren Jodoformekzeme unter Xeroformpaste in einigen Tagen zurück. *A. Alpár-Budapest.*

Angioneurosen.

Raynaudsche Krankheit bei neugeborenen Kindern, von Durando Durante. (*Brit. med. Jorn.* 15. Okt. 1898.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von symmetrischer Asphyxie der Extremitäten mit ausgedehnter Gangrän bei einem Kinde. Beide Patienten stammten von syphilitischen Eltern. Trotzdem glaubt Verfasser nicht, dafs die Syphilis die Ursache der Affektion war, welche er als eine rein nervöse ansieht. Beide Fälle endeten letal. *C. Berliner-Aachen.*

Über einen Fall von Raynaudscher Krankheit mit Autopsie, von Riggs. (*Presse méd. belge.* 1899. No. 10.) Bei der 64jährigen Frau traten die Erscheinungen in folgender Reihenfolge ein: das seit zwei Jahren zeitweise auftretende Eingeschlafensein eines Fingers breitete sich plötzlich über die ganze Hand und den Vorderarm aus; vollständige Lähmung und Anästhesie. Die Hand wurde weifs und beim Reiben schmerzhaft; darauf wurde zuerst der Daumen und am folgenden Tage alle übrigen Finger schwarz. Dieselben Erscheinungen traten am Beine auf; Coma, Exitus. Bei der Autopsie konstatierte man neben fettiger Degeneration des Herzens, Mitralstenose, interstitielle Nephritis, parenchymatöse Entartung der Nervenfasern und Degeneration der Rückenmarksubstanz mit zahlreichen kapillaren Hämorrhagien zwischen dem fünften Cervical- und dem sechsten Dorsalwirbel. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von multipler Neuritis mit Athetose und RAYNAUDscher Krankheit, von WETZEL. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 13.) Die 70jährige Patientin, welche augenscheinlich mit starker Arteriosklerose behaftet war, erkrankte an symmetrischer Gangrän an den Zehen; im Anschluſs daran entwickelte sich, wohl auf infektiöser Basis, eine multiple Neuritis mit sekundärer aufsteigender Myelitis. Diese ergriff besonders die Pyramidenbahnen mit und dadurch wird die Athetose erklärt. *F. Hahn-Bremen.*

Beitrag zur Behandlung der Pellagra, von GALLI. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 16.) Der Verfasser hat in vier vorgeschrittenen Fällen von Pellagra, bei denen es bereits zu geistigen Störungen gekommen war, durch Verabreichung von Eisenarsenlösung anscheinend dauernde Heilung erzielt und zwar, wenigstens in drei von den vier Fällen, ohne Veränderung der elenden Diät der Kranken. Das Mittel wurde teilweise innerlich verabreicht, teilweise subcutan injiziert.

Götz-München.

Über die Entstehung der Hautödeme bei experimenteller hydrämischer Plethora, von MAGNUS. (*Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak.* Bd. 42. Heft 2—4.) Verfasser wies durch Infusion von physiologischer Kochsalzlösung an Kaninchen und Hunden nach, daſs hydrämische Plethora kein Hautödem bedingt, daſs sich aber wohl ausgebreitetes Anasarka hervorrufen läſst, bei der Durchspülung toter Tiere, nach Vergiftung mit Arsen, Chloroform, Chloralhydrat, Aether, nach Exstirpation der Nieren oder Ureterenunterbindung. Diese Versuche lehren in physiologischer Hinsicht, daſs die Kapillarwände im Leben dem Durchtritt von Flüssigkeit einen Widerstand entgegensetzen, der mit dem Tode erlischt; in pathologischer Hinsicht, daſs eine Schädigung der Kapillarwände und Verminderung ihres Widerstandes das Auftreten von Ödem begünstigt; in pharmakologischer Hinsicht, daſs es Gifte giebt, welche die Kapillarwände so zu schädigen vermögen, daſs sie abnorm durchlässig werden.

F. Hahn-Bremen.

Zur mechanischen Behandlung des Hautödems (subcutane Schlauchdrainage), von P. FÜRBRINGER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 1.) Da die bei der Punktion des Anasarka gebräuchlichen Metallkanülen dem Kranken starke Beschwerden verursachen und auch leicht aus dem Stichkanal wieder herausgleiten, so verwendet Verfasser seit kurzem als weiches und sicher zu immobilisierendes Material den Gummischlauch. Der eingestochene Troikart (mit 5—6 mm Lichtung) wird parallel zur Hautoberfläche möglichst flach bezw. hart am Corium weitergeführt und schlieſslich die Haut am entgegengesetzten Ende durchgestoſsen, der Unterhautraum also tunnelliert. Sofort wird ein ca. 2 m langer, die Metallröhre bequem, aber nicht zu locker passierender Gummischlauch, mit etwa drei Drainlöchern in der Mitte, so weit eingeführt, daſs der durchlochte Abschnitt dem Stichkanal entspricht, und der Troikart über den Schlauch weg abgezogen. Letzterer hängt dann mit seinen beiden in Sperrflüssigkeit tauchenden Enden herab und bedarf keiner weiteren Anheftung. Vielmehr genügt ein einfacher lockerer antiseptischer Verband. Um den Abfluſs der Anasarkaflüssigkeit zu steigern, hat Verfasser auch zwei Tunnels in naher Nachbarschaft angelegt und mit einem Schlauch armiert. — Der Schlauch wird durch Zerschneiden dicht am Austritt aus der Haut entfernt, nicht in ganzer Länge durch die Wunde gezogen. Bis jetzt hat Verfasser in sechs Fällen mit gutem Erfolge diese „subcutane Schlauchdrainage“ ausgeübt. *I. Bloch-Berlin.*

Hereditäre ödematöse Dystrophie, von H. MEIGE. (*Presse méd.* 1899.) Es handelt sich um ein chronisches Ödem von fester Konsistenz, weiſser Farbe, welches

keine Schmerzen verursacht, in der Pubertät auftritt und sich bei verschiedenen Familienmitgliedern zeigt. Mit Eingeweidestörungen, Traumata, Druck etc. hat dasselbe nichts zu schaffen und kommt nicht im Verlaufe von infektiösen, toxischen, dyskrasischen oder kachektisierenden Affektionen vor. Ein neuropathischer Ursprung läfst sich ebenfalls nicht nachweisen. Ätiologisch kommt also allein die Heredität in Betracht. Das Odem ergreift zuerst die unteren Partien einer oder beider unterer Extremitäten und steigt von da bis zu den Knien oder den oberen Partien des Oberschenkels. Das Übel verläuft vollständig fieberlos und verursacht keine Störung des Allgemeinbefindens. Es kann bis zu einem vorgerückten Alter bestehen.

C. Müller-Genf.

Hautaffektionen bei Schrumpfniere, von West. (*Lancet.* 22. April 1899.) Der Gegenstand bildete das Thema einer Diskussion in der Clinical Society of London. W. führte aus, dafs die mit Ödem einhergehenden Hautaffektionen meist erythematöser Art sind, transitorisch und ohne ernstere Bedeutung aufser etwa Erysipel, Phlegmonen, Gangrän. Hautausschläge ohne Ödem finden sich bei granulierter Niere, sind meist sehr ausgedehnt, oft universell und von ernstester Bedeutung. Es wurden folgende Fälle beschrieben: Pityriasis rubra, Erythema universale, Dermatitis exfoliativa, Eccema universale, Lichen papulosus. Von den meisten dieser Erkrankungsformen konnte W. zwei Fälle anführen. Bei allen Patienten erfolgte in verhältnismäfsig kurzer Zeit der Exitus letalis. Im allgemeinen trat der Ausschlag zu der bereits diagnostizierten Nierenaffektion als Komplikation hinzu, bei einzelnen jedoch wurde das Nierenleiden erst später erkannt, was angesichts der schlechten Prognose von ernsterer Bedeutung ist. *Philippi-Itzehoe.*

Postlupöses Ödem. Jadassohn-Bern demonstriert ein Mädchen, das an einem nun ausgeheilten Lupus und mehreren Gesichtserysipelen gelitten hat. Gegenwärtig besteht ein seit Monaten existierendes Ödem der oberen und unteren Augenlider, das vorläufig noch von weicher Konsistenz ist, aber leicht in eine derbe elephantiastische Schwellung übergehen könnte. Skarifikationen, Massage, Kompression, Chlorzinkinjektionen blieben bisher ohne nennenswerten Erfolg. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Hämophilie, von C. R. Jones. (*Brit. med. Journ.* 1. Okt. 1898.) Ein siebenjähriges Mädchen bekommt in regelmäfsigen Intervallen von 2—4 Wochen Anfälle von Bluterbrechen. Das Leiden begann wenige Tage nach der Geburt. Ein leichter Stich mit einer Stecknadel verursachte der kleinen Patientin eine Blutung, die 24 Stunden anhielt. Das Ausziehen eines Zahnes um dieselbe Zeit hatte eine 36 Stunden dauernde Nachblutung zur Folge. Der Fall kann als typisches Beispiel von wahrer Hämophilie angesehen werden. Erbliche Belastung liegt nicht vor.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von akuter Purpura haemorrhagica; Genesung, von E. R. Dawson. (*Lancet.* 21. Jan. 1899.) Ein dreijähriges Mädchen, welches abgesehen von Zahnschmerzen stets ganz gesund war, erkrankte im Monat September plötzlich nachts mit Blasentenesmus, starkem Blutharnen und einem hämorrhagischen Ausschlag an der Stirn, linken Wange, unteren Hälfte des Abdomens, an den Beinen etc. Die Läsionen variierten von Stecknadelknopf- bis 50-Pfennigstück-Gröfse und zeigten alle Abstufungen von Rosa bis Dunkelrot, Blaurot und tiefem Anilinblau. Im weiteren Verlauf traten starke Blutungen aus Nase, Magen und Blase auf und standen erst, als das Kind, in extremis, eine Injektion von 0,3 Ergotinlösung intramuskulär ins Gesäfs erhielt. Abgesehen von einer geringen Epistaxis und der Entwickelung von 2—3 hemdknopfgrofsen subcutanen Hämorrhagien verlief die Genesung in etwa vier

Wochen nach dieser Medikation in befriedigender Weise. Seither sind zwei Jahre ohne Recidiv verflossen. *Philippi-Itzehoe.*

Ein hartnäckiger Fall von Purpura haemorrhagica, von J. H. Burch-Baldwinsville. (*Med. News.* 8. April 1899.) Es handelt sich um ein 14jähriges Mädchen, dessen Eltern gesund, dessen Onkel (Vaters Bruder) an excessivem Blutverlust nach einer leichten Verletzung gestorben war. Die Krankheit begann mit Schüttelfrost, Fieber von 41° C., und Purpuraflecken an Beinen und Bauch, dauerte ca. 14 Tage, wobei die Fieberanfälle sich mehrmals wiederholten und auch heftiges, nur durch Tamponade zu stillendes Nasenbluten auftrat. 4½ Monate war das Befinden ein gutes, bis wiederum Schüttelfrost und heftiges Nasenbluten sich einstellten. B. beobachtete dabei, wie schon andere Autoren in schwereren Fällen, dafs das Blut gar keine Gerinnungstendenz zeigte, sondern völlig flüssig blieb. In den folgenden 16 Tagen wiederholten sich mehrere Male die Fieberanfälle und das heftige Nasenbluten, welches ein paar Mal nur nach Versuchen mit allen möglichen Mitteln durch Tamponade der hinteren und vorderen Nasenhöhlen zu stillen war. Mikroskopische Urin- wie Blutuntersuchung, welche ebenso wie die Zählung der Blutkörperchen verschiedene Male vorgenommen wurden, ergaben die Anwesenheit von Bakterien, welche sowohl innerhalb der roten Blutzellen wie im Serum in Gruppen von zwei oder drei lagen, ¼ so grofs wie ein rotes Blutkörperchen waren, sich durch ihre Färbeeigenschaften wie durch ihre Lagerung aufserhalb der Blutkörperchen aber von den Malariaplasmodien, an welche man hätte denken können, unterschieden. Am neunten Tage der diesmaligen Erkrankung traten auch Blutbrechen und erst jetzt Purpuraflecken an Beinen und Rücken, die folgenden Tage an Brust, Bauch und auch hinter einem Ohre auf. Vom 16. Tage, bis wann, wie erwähnt, häufig Fieberanfälle mit Schwächezuständen, Appetitlosigkeit, Blutungen aus Mund und Nase auftraten — der Urin war stets eiweifsfrei —, besserte sich allmählich der Zustand der Patientin. Die Blutzählung wies eine täglich zunehmende Menge roter Zellen auf, die Leukocytose verminderte sich ebenfalls, die Blutflecken verschwanden allmählich, die letzten jedoch erst nach ca. 5 Wochen; Patientin wurde schliefslich ein völlig gesundes Mädchen. Die Behandlung begann in diesem Falle mit der Darreichung von schwefelsaurem Strychnin, sobald als die Schwäche sich zeigte, und zwar von 1 mg bis auf 2 mg ansteigend, dreistündlich gegeben; wegen der schlechten Blutbeschaffenheit wurde ferner Fowlers Lösung in der gewöhnlichen Dosis alle drei Stunden und, nachdem die Degeneration der Leukocyten so evident wurde, Nuclein, eine Tablette alle zwei Stunden, gegeben, welch' letzterem Medikament B. beinahe versucht ist, eine ganz speziell günstige Einwirkung auf die Blutveränderung zuzuschreiben. Die Einzelheiten bezüglich der in den verschiedenen Phasen der Krankheit aufserordentlich sorgfältig geführten Blutuntersuchungen u. a. m. müssen im Original nachgesehen werden. *Stern-München.*

Ein Fall von Purpura haemorrhagica, bei welchem Streptokokken im Blute gefunden wurden; Autopsie, von E. Cureton. (*Lancet.* 25. Febr. 1899.) Es handelt sich um einen elfjährigen Knaben, der etwa drei bis vier Wochen an den üblichen Erscheinungen der Purpura haemorrhagica erkrankt gewesen war und nach der Aufnahme im Krankenhaus in fünf Tagen unter den Symptomen einer akuten Infektionskrankheit starb. Bei der Autopsie fanden sich Blutungen im Herzfleisch, im Magen, der Leber und den Därmen. Kulturen vom Blute ergaben Streptokokkenkolonien. *Philippi-Itzehoe.*

Purpura infectiosa im Verlauf einer ulcerös-membranösen Stomatitis, von Pagliano und François-Marseille. (*Presse méd.* 26. April 1899.) Die Überschrift

besagt beinahe alles. Verfasser berichten den Fall seiner Seltenheit wegen. Ein junges Mädchen von einigen zwanzig Jahren erkrankt etwa einen Monat nach einem regelmäfsig verlaufenen Gesichts- und Kopferysipel an einer fieberhaften Stomatitis. Aus der Anamnese ist eine leichte Attacke von Polyarthritis rheumatica im neunten Lebensjahre der Kranken von Interesse. Wangen, Zunge stark geschwollen, die Lippen tapirähnlich. Schlucken fast unmöglich, Sprache sistiert. Fortwährend Sekretion stinkender Flüssigkeit aus dem Munde. Störung des Allgemeinbefindens. Auf Brust, Armen, Leib und Schenkeln Purpurapetechien bis zu Fünfmarkstückgröfse Zum Teil circinäre Bildungen. An den Vorderarmen und den Knöchelgegenden ausgedehnte kontusiforme Ecchymosen. Meiste Gelenke geschwollen und äufserst schmerzhaft. Ein den Diphtheriebacillen ähnlicher Keim liefs sich aus dem Mundsekret züchten. *Hopf-Dresden.*

Im deutschen ärztlichen Verein zu St. Petersburg (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 17) demonstrierte Kernig eine Patientin mit ausgesprochener **Purpura** und einer eigentümlichen Ulceration im Munde. Diese verursachte Kieferklemme und erwies sich als ein mit nekrotischen Massen bedecktes Geschwür an der Grenze zwischen Wangenschleimhaut und Zahnfleisch. Tuberkulose und Carcinom ist nach mikroskopischer Untersuchung auszuschliefsen; auch Skorbut ist nicht anzunehmen. Verfasser hält das Geschwür für bedingt durch merkurielle Stomatitis.

F. Hahn-Bremen.

Ekzematöser Ausschlag, hervorgerufen durch Atropin, von W. Bryce. (*Brit. med. Journ.* 1. Okt. 1898.) Ein 55jähriger Mann konsultierte den Verfasser wegen herabgesetzter Sehschärfe des linken Auges. Es wurden dem Patienten zwei bis drei Tropfen einer Atropinlösung in das Auge geträufelt. Nach einigen Tagen kam derselbe wieder mit einem akuten ekzematösen Ausschlage auf der linken Seite der Nase, der linken Wange und der linken Hälfte der Oberlippe. Der Patient giebt an, dafs nach dem Einträufeln des Atropins einige Thränen an der linken Wange herabgeflossen seien und dafs er kurze Zeit darauf ein brennendes Gefühl empfunden habe. Auch schon früher zeigte er gegen Medikamente, welche Belladonna enthielten, eine Idiosynkrasie. *C. Berliner-Aachen.*

Orthoform-Exanthem, von Schröppe. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 13). Ein junger Pharmaceut bemerkte dreimal an sich nach Orthoformapplikation das Auftreten von starker, starrer Schwellung der benachbarten Haut, auf der sich mehrere weifse, flache Quaddeln erhoben. Es bestand Hitze und Schmerzgefühl. Unter kühlenden Umschlägen gingen die Erscheinungen rasch zurück. *F. Hahn-Bremen.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur Austilgung der Blennorrhoe, von Blokuskwski. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 100 u. 101.) Der Verfasser macht zum Zwecke der allmählichen Austilgung der Blennorrhoe folgende Vorschläge: 1. Die Reglementierung der Prostitution und alle mit ihr verbundenen Mafsnahmen der Gesundheitspolizei sind auf gesetzliche Grundlage zu stellen. 2. Bei neuen gesetzlichen Bestimmungen ist besonders die ärztliche Anzeigepflicht der unentgeltlich an venerischen Krankheiten zu behandelnden Personen in Betracht zu ziehen; ferner sind die Bestimmungen einzelner Gesetze aufzuheben, welche die Ermittelung und Heilung venerischer Krankheiten erschweren. 3. Zum Schutze gegen die Blennorrhoe ist die allgemeine Einführung prophylaktischer Einträufelungen in die männliche Harnröhre zu erstreben. Es sollen nämlich mög-

lichst bald nach jedem Coitus nach vorhergegangenem Urinieren 2—3 Tropfen einer 2%igen Argentum nitricum-Lösung in die Fossa navicularis eingeträufelt werden; nach kurzer Zeit (¼ Minute) kann mit Wasser abgespült werden. Sollte ein Urinieren unmöglich sein, so muſs durch Abspülen mit Wasser das Sekret aus der Fossa navicularis entfernt werden. Das Frenulum und seine Umgebung ist nach der letzten Kohabitation sorgfältig zu waschen bezw. zu desinfizieren. Die Kenntnis dieses Verfahrens, das absolut schmerzlos und unschädlich ist und sehr gute Resultate ergiebt, sollte auf jede Weise verbreitet, insbesondere aber beim Militär und bei Kassenmitgliedern empfohlen werden. Auſserdem aber müſsten die eingeschriebenen Prostituierten gehalten sein, die 2%ige Höllensteinlösung nebst einem Tropfglas vorrätig zu haben und ihren Besuchern diese Einträufelung dringend anzuraten. Dann würde es genügen, nach Blaschkos Vorschlag nur die noch nicht lange unter Kontrolle stehenden und die frisch aufgegriffenen Dirnen, von den übrigen Prostituierten aber nur diejenigen, bei denen anscheinend ein akuter virulenter Prozeſs vorliegt, auf Gonokokken zu untersuchen. Alle anderen Prostituierten sollen nur strenge Vorschriften und Anweisungen bezüglich der Reinlichkeit (Ausspülungen vor und nach jedem Coitus womöglich mit Hydrargyrum oxycyanatum) bekommen.

Götz-München.

Blennorrhoe im Kindesalter, von Cnopf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 36.) Blennorrhoe ist nach Ansicht des Verfassers bei Kindern viel häufiger, als es nach den Statistiken den Anschein hat. Denn die Colpitis bei Kindern entzieht sich oft der Beobachtung, die Entstehung mancher in reiferen Jahren beobachteten Vulvovaginitis muſs auf die Kinderjahre zurückgeführt werden. Kinder unter 6 Jahren erkranken viel häufiger an Blennorrhoe als ältere Kinder, ferner Mädchen viel häufiger als Knaben. Die häufigsten und am wenigsten gefährlichen Komplikationen sind Gelenkserkrankungen; aber auch Peritonitis, Salpingitis, Pleuritis, Endopericarditis kommen vor. Die Komplikationen treten zumeist bei den kleinsten Kindern (0 bis 6 Jahre) auf. Die Infektion wird in seltenen Fällen durch Sittlichkeitsverbrechen oder durch gegenseitiges Betasten der Genitalien bewirkt, in den meisten Fällen durch die Benutzung von Betten und Utensilien zugleich mit an Blennorrhoe erkrankten erwachsenen Personen. Auch durch Badewanne und Aborte kann, wie es scheint, die Infektion vermittelt werden. Blennorrhoe-Endemien in Kinderspitälern, die mehrfach beobachtet wurden, werden nach den Erfahrungen des Verfassers durch die Pflegerinnen und ihre nicht sorgfältig genug gereinigten Hände bewirkt. Das Bestehen oder Überstehen einer akuten Infektionskrankheit, besonders des Scharlachs, scheint die kindliche Genitalschleimhaut besonders empfindlich und empfänglich für die Infektion zu machen. *Götz-München.*

Beitrag zum Studium der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von Vigevani und Casarini. (*Rif. med.* 1898. No. 50—52.) Nach den Untersuchungen der Verfasser lassen sich oft bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen in klinischer Beziehung zwischen der gewöhnlichen und der blennorrhoischen Form keine Unterschiede konstatieren. Sehr häufig findet man bei der ersteren Dipplokokken, welche dem Neisserschen Gonococcus sehr ähnlich sind. In den Fällen, wo der Neissersche Gonococcus mit Sicherheit nachgewiesen werden konnte, handelte es sich stets um direkte oder indirekte Ansteckung. In der Vagina gesunder Mädchen gelang es den Verfassern niemals den spezifischen Coccus nachzuweisen. *C. Müller-Genf.*

Zur Prophylaxis der eitrigen Conjunctivitis der Neugeborenen, von Péchin. (*Progrès méd.* 1898. No. 43.) Verfasser verwirft als gefährlich die Methode von Credé (Instillationen von Argentum nitricum) und rät dafür eindringlichst, die Augen

des Neugeborenen, sofort nach der Geburt und noch vor der Abtrennung des Nabelstranges, sorgfältig mit sterilisiertem Wasser mittelst eines ebenfalls aseptische Wattebausches zu reinigen. Darauf wird das Kind gebadet, wobei darauf geachtet werden muſs, daſs nichts von dem Badewasser in die Augen gelangt. Endlich werden die Augenlider nochmals gründlich mit sterilisiertem Wasser abgewischt, die Lider geöffnet und die Bulbi irrigiert; hierzu ist keineswegs ein besonderer Apparat notwendig, sondern das laue Wasser wird einfach durch Pressen des Wattebausches auf das Auge fallen gelassen. Aufserdem soll die Vagina der Mutter vor der Geburt mehrmals ausgespült werden, damit möglichst viel von den infektiösen Stoffen mechanisch entfernt werden kann. *C. Müller-Genf.*

Iritis und Neuritis optici blennorrhoica, von Fromaget. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1899. No. 1.) Die blennorrhoische Infektion kann sich auch in der Iris und im Opticus manifestieren. Der Verfasser führt zwei von Panas bezw. Hilpert beschriebene Fälle an, in denen im Verlauf einer Blennorrhoe eine blennorrhoische Entzündung des Opticus auftrat. Aufserdem hat der Verfasser selbst einen Fall von blennorrhoischer Iritis und Neuritis beobachtet. In allen drei Fällen bestanden gleichzeitig blennorrhoische Gelenkentzündungen. Es scheint demnach, daſs Neuritis optici blennorrhoica zumeist nur in schweren Fällen von Blennorrhoe vorkommt, insbesondere in Fällen, die durch Gelenkrheumatismus kompliziert sind.

Götz-München.

Zwei Fälle von blennorrhoischer Allgemeininfektion (blennorrhoische Arthritis und blennorrhoische Iritis), von Ernst Lichtenstern. (*Prag. med. Wochenschr.* 1898. No. 43.) Nach einer rekapitulierenden Betrachtung der auf die Beziehungen der Arthritis und Iritis zur Blennorrhoe sich erstreckenden Arbeiten berichtet Verfasser je einen Fall von Arthritis und Iritis blennorrhoica. Der letztere betrifft einen 19jährigen Patienten mit erster Blennorrhoe. Bei demselben stellte sich Schwellung der Bindehaut besonders am linken Auge ein; die linke Pupille ist enger als die rechte, reagiert träge, wird durch Atropin wenig erweitert. Gleichzeitig begannen Arthritiden. Später gesellten sich noch Cornealinfiltrate hinzu. Im Bindehautsekret waren Gonokokken nicht zu finden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Färbung des Trippersekretes mit Anilinfarbengemischen, von A. Lanz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 40.) Bei Nachprüfung einiger Anilinfarbengemische, welche zur gleichzeitigen und doch verschiedenartigen Färbung von Gonokokken und Zellen im Trippereiter empfohlen worden sind, fand Verfasser, daſs einige derselben, wie z. B. das Lenhartzsche, häufig sehr scharfe Bilder geben, daſs aber das von Pick und Jacobsohn empfohlene Fuchsin-Methylenblaugemisch durchaus nicht immer befriedigende Resultate liefert. Häufig waren trotz strenger Befolgung der Angaben dieser beiden Autoren sowohl die Gonokokken als auch die Zellen undeutlich gefärbt, besonders in veralteten Tripperfällen mit spärlicher schleimigeitriger Absonderung. — Verfasser ersetzte nun in einigen der basischen Anilinfarbstoffgemische das Methylenblau durch Thionin und konstatierte, daſs die allerbeste, die Fuchsin-Methylenblaufärbung weit übertreffende Färbung durch ein Gemisch von Thionin und Fuchsin erzielt wird. Die Gonokokken nehmen das Thionin, das Zellprotoplasma das Fuchsin und die Kerne gleichzeitig beide Farben auf. Infolgedessen heben sich die blau gefärbten Gonokokken scharf von dem intensiv roten Grunde ab und lassen sich sowohl von den bläulich-roten Kernen, als auch von dem roten Protoplasma der Eiterzellen schön unterscheiden. Die Epithelien werden durch das Fuchsin leuchtend rot gefärbt, während ihre Kerne blaurot erscheinen. Im Präparat

vorhandene rote Blutkörperchen werden ziegelrot gefärbt und unterscheiden sich hierdurch scharf von den übrigen zelligen Elementen. Andere Mikroorganismen werden ebenfalls durch Thionin blau gefärbt. — Ein weiterer bedeutender Vorzug des Thionin-Fuchsingemisches besteht noch darin, dafs die Gonokokken, sowohl die intracellulären als auch die intranukleären und diejenigen, welche von den Kernen optisch gedeckt werden, ungemein deutlich hervortreten. — Die Färbung selbst wird höchst einfach und schnell ausgeführt: Zur Herstellung des Fuchsin-Thioningemisches bedient man sich gesättigter Fuchsin- und Thioninlösungen in 2%iger wässeriger Karbollösung. Diese Lösungen halten sich unbeschränkt lange. Das Gemisch mufs nur ex tempore hergestellt werden, weil es bei längerem Stehen sein Färbevermögen einbüfst. Als die beste Mischung der beiden Lösungen erwies sich ein Verhältnis des Thionin zum Fuchsin wie 4 : 1. Man träufelt also eine gewisse Anzahl Tropfen von der ersteren Lösung auf ein Uhrschälchen und fügt darauf die vierfach geringere Tropfenmenge der zweiten Lösung hinzu. Die Färbung vollzieht sich durchschnittlich in etwa ¼ bis ½ Minute. Meist genügt ¼ Minute. Zur Erzielung einer schönen Färbung mufs das Trippersekret in dünner und gleichmäfsiger Schicht auf das Deckgläschen aufgetragen werden. — Auch ein genaueres Studium der Morphologie des Trippereiters wird durch die neue Färbung ermöglicht. So tritt z. B. die Vacuolenbildung des Protoplasmas der Eiterzellen aufserordentlich deutlich zu Tage. *I. Bloch-Berlin.*

Der Gonococcus, von William C. Mitchell-Denver, Col. (*Med. News.* 3. Dez. 1898.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, bespricht M. zuerst die verschiedenen Methoden, welche der Reihe nach von Bumm, Wertheim und Wassermann zur Reinzüchtung des Gonococcus aufgestellt worden sind und von welchen die des letztgenannten Forschers sich ihm am besten bewährt hat. Dieser hat bekanntlich das menschliche Blutserum, mit dem Wertheim seine Nährböden herstellte, durch Schweineserum ersetzt und nach der üblichen Bereitung noch Nutrose zugefügt. Die meisten Kolonien liegen bei diesem Nährboden in der Tiefe desselben und sind kompakt und von runder, ovaler oder unregelmäfsiger Form; entnimmt man dieser Reinkultur Partikelchen, so werden die Mikroorganismen nach Gram völlig entfärbt. Dies ist für Mitchell auch in der gewöhnlichen Praxis, wo man natürlich selten in der Lage ist, das Kulturverfahren auszuführen, das wichtigste Charakteristikum des Gonococcus und vermag allein, ihn von Eiterkokken und anderen Diplokokken zu unterscheiden, wozu eben die Färbung mit Löfflerscher Lösung nicht genügt. Bei der mikroskopischen Untersuchung kommt aufserdem noch in Betracht die Gröfse der Gonokokken (1 μ), deren kaffeebohnenartige Form, ihre charakteristische Gruppierung in Häufchen zu 4 oder 8 und die Lagerung innerhalb der Eiterzellen. Während in ganz akuten Fällen die Färbung mit Methylenblau ausreichend ist, sollte bei chronischen Fällen die Gramsche Methode nie versäumt, die Tripperfäden immer nach dieser, event. das Sediment nach Centrifugierung des Urins, wie es Heim empfiehlt, untersucht werden; diese Vorsicht ist vor allem bei alten Tripperkranken vor Erteilung der Heiratserlaubnis geboten. *Stern-München.*

Symptome und Diagnose der Blennorrhoe beim Weibe, von Grant Baldwin-Brooklyn. (*Philad. med. Journ.* 31. Dez. 1898.) Bei der Gefährlichkeit der Blennorrhoe, welche beim Weibe zahlreiche Organe in Mitleidenschaft ziehen kann und sicherlich mehr Todesfälle verursacht als die Syphilis, wäre eine frühzeitige Diagnose von hoher Wichtigkeit, wird aber leider aus verschiedenen Gründen nur selten gestellt. B. versucht, in kurzen Zügen die Hauptsymptome, besonders die so oft übersehenen anfänglichen, zu zeichnen. Es sind dies allgemeine Müdigkeit, Appetitlosigkeit bei einer vorher ganz gesunden Person, ziehende Schmerzen im Becken, am Rücken, Kreuz und

in der Schamgegend, und ein Gefühl von Völle und Hitze in letzterer (nach 12 bis 24 Stunden). All' diese Symptome nehmen in 2—3 Tagen an Intensität rasch zu, und ist die Harnröhre primär infiziert, so gesellt sich häufiger Harndrang mit Schmerzen beim Urinieren hinzu. Dicker gelblicher Eiter von charakteristischem Geruch kommt aus der vorher trockenen Vaginal-Schleimhaut, die äufseren Geschlechtsteile sind rot und oft etwas geschwollen; geringe Temperatursteigerung und Pulsbeschleunigung bestehen meist, Patientin fühlt sich beim Gehen, Sitzen und Stehen unbehaglich. Da all' diese Erscheinungen auch ohne Blennorrhoe vorkommen können, so ist mikroskopische Untersuchung stets geboten. Nach einigen Wochen noch sind die Labien durch eine dicke, zähe Masse verklebt, beim Auseinanderziehen derselben ist der Introitus rot und die Drüsen geschwollen, aus den Bartholinischen Drüsen läfst sich meist ein Tropfen Eiter auspressen, Blasenreizung oder auch Cystitis folgen zuweilen. Die Cervix ist meist kongestioniert, mehr oder weniger erodiert, und aus derselben kommt eine reichliche, dicke, schleimigeitrige Flüssigkeit. Sterilität begleitet gewöhnlich die beschriebenen Symptome und in vielen Fällen beginnen diese mit dem Datum der Hochzeit, von wo ab auch Dysmenorrhoe, Meno- und Metrorrhagie auftreten. Ausgesprochene Anämie mit verschiedenen Neurosen sind meist die Folgen schwerer und vernachlässigter Blennorrhoe, ebenso wie Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen und oft Lebensüberdrufs. Dieser Zustand kann unendlich lange mit mehr oder weniger häufigen Exacerbationen bestehen, indem die Infektion nicht über den Uterus hinausgeht; manche Fälle und zwar, wie B. glaubt, die selteneren nehmen vom Beginn der Infektion an einen raschen Verlauf, bis Tuben und Ovarien ergriffen sind. Die Beschreibung dieser Komplikationen gehört anderen Gebieten der Pathologie zu. *Stern-München.*

Die Pathologie und Behandlung der akuten Blennorrhoe beim Manne, von Robert W. Taylor-New York. (*Med. News.* 10. Dez. 1898.) Die vorliegende Arbeit wendet sich mit grofser Schärfe gegen das „marktschreierische und unwissenschaftliche" Gebahren von sogenannten Männern der Wissenschaft, welche in den letzten Jahren ihre Wunderkuren der Blennorrhoe in die Welt hinausposaunt haben; Verfasser, der sich einer 30jährigen Praxis und speziellen Erfahrung in diesem Fache rühmt, also zu einem autoritativen Urteile wohl berechtigt erscheint, will mit seinem Bannstrahle vor allem die Anhänger der Janetschen Methode treffen, welche sich damit brüsteten, 60% der Fälle in 10 und weitere 30% der Fälle von akuter Blennorrhoe in 14 Tagen auszuheilen und blofs in 2% derselben Mifserfolg zu haben. Auf Grund exakter pathologisch-anatomischer Forschungen hält nun T. solche Erfolge nur für scheinbare, die schweren Symptome werden mit diesen Abortivmethoden sicher in vielen Fällen abgekürzt und der eiterige Ausflufs in einen schleimig-eiterigen sehr rasch umgewandelt; aber meist ist noch eine zähflüssige Absonderung vorhanden, die Patienten sind keineswegs geheilt, sondern nur rasch in das Endstadium der Krankheit, welches aber oft gar kein Ende nimmt, gebracht worden; es besteht eine weit stärkere exsudative Entzündung des submukösen Gewebes als bei den gewöhnlichen, mafsvoll vorgehenden Behandlungsmethoden. Wie zahlreiche Fälle lehrten, haben die mit Janets Methode Behandelten, wenn sie wirklich einer Epididymitis glücklich entronnen sind, Symptome von Urethritis posterior, chronische, oft unheilbare Prostatitis, Urethrocystitis, oft Blasenschwäche und mehr oder weniger Inkontinenz; sie leiden ferner oft an Harnträufeln infolge von Infiltration in die Harnröhrenwand. Im weiteren Verlaufe bildet dieser exsudative Prozefs beinahe in der ganzen Ausdehnung des vorderen und zuweilen auch im hinteren Teile der Harnröhre neues Bindegewebe; dieselbe wird dadurch immer mehr verengt, bis endlich ein stenoseähnlicher Zustand

vorhanden ist. T. fügt hinzu, daſs dieses Bild keineswegs übertrieben ist, sondern auf zahlreiche, nachträglich in seine Behandlung gekommene Fälle begründet, welche „in das Endstadium mit Volldampf hineingetrieben worden sind" (which have been railroaded into the terminal stage — Referent kann sich hier nicht versagen, den so satirisch-wahren Urtext anzuführen). Diejenigen, welche dieser Behandlungsart huldigten, kämen deshalb so selten in die Lage, deren unglückliche Folgen zu sehen, weil eben die Patienten es dann vorzögen, sich in anderweitige Behandlung zu begeben; die Irrigationsmethode werde übrigens schon seit 15 Jahren in Amerika geübt, also lange bevor der JANET-Enthusiasmus ausbrach. Wenn überhaupt eine Abortivbehandlung der Blennorrhoe möglich ist, so ist das jedenfalls nur ganz am Anfang der Fall, wo die Gonokokken-Invasion noch ganz oberflächlich und noch nicht in die Schleimhauttiefe eingedrungen ist, wo das mikroskopische Bild des Ausflusses nur Epithelzellen und über die Oberfläche derselben zerstreut Gonokokken, aber noch keine Eiterzellen zeigt. Um also die Entzündung schon im Beginn zu unterdrücken, aber nicht um die Gonokokken zu zerstören — diese Absicht hält T. für durchaus unwissenschaftlich und falsch, da mit Abnahme der Schleimhautentzündung auch die Lebensbedingungen für den Gonococcus vermindert werden —, fängt er die Behandlung hier mit ziemlich starken Lösungen an, wie Kal. permangan. 1 : 500 — 1 : 1000, Arg. nitr. 1 : 250—500, Sublimat 1 : 1000—2000, 2—3 mal täglich mit der gewöhnlichen Trippers pritze zu injizieren; gleichzeitig sollte der Penis in kalte Umschläge fleiſsig gehüllt werden. T. gesteht jedoch, daſs er sowohl mit diesen Mitteln, wie mit der direkten, noch energischer wirkenden Aufpinselung von 30—50 gtt einer Arg. nitr.-Lösung vermittelst des Endoskops sehr häufig Miſserfolg gehabt hat. Eine rationelle Behandlung muſs auſser in den bekannten diätetischen Vorschriften stets, wo immer möglich, für die ersten Tage in Bettruhe bestehen und im floriden Stadium der Blennorrhoe mit profusem gelben und oft blutigem Ausfluſs sollte der Penis in heiſse, konzentrierte Borlösung eingehüllt und von dieser Flüssigkeit zeitweise in die vordere Harnröhre eingespritzt werden. Nach einigen Tagen tritt schon Besserung ein und dann kann man zu energischerer Lokalbehandlung schreiten, für welche T. nun rät, einen weichen, rückläufigen (MITCHELLS) Katheter bis zum Ende des Bulbus einzuführen und langsam 60, 80 bis 120 g der warmen Borlösung in die Harnröhre einflieſsen zu lassen. Bei anhaltender Besserung wird die Borlösung durch Bleiwasser, warme Lösung von Kal. permang. (1 : 4000) ersetzt und eventuell mit einem feinen Katheter von diesen Flüssigkeiten in die hintere Harnröhre gespritzt, welche doch meist im weiteren Verlaufe infiziert wird. Alle diese Prozeduren sollen täglich einmal vorgenommen werden, späterhin, wenn die Eiterung nachgelassen hat, genügt es, wenn Patient selbst mit der Trippers pritze jeden zweiten Tag die verschiedenen Lösungen, wie von Zn, Pb, Alaun, Thallin, Hydrastinin sich injiziert. Im Stadium der abnehmenden Entzündung kommen mit Vorteil noch dazu die inneren Antiblennorrhagica in Anwendung. Die Untersuchung des Morgenharns ist stets der beste Wegweiser über den Gang der Entzündung, das Erscheinen von Epithelzellen ist immer von guter Vorbedeutung und zeigt die Tendenz der Natur an, den angestellten Schaden wieder gut zu machen. Ein vorzügliches Hülfsmittel zur Unterstützung dieser Tendenz sieht T. in dem Argent. nitr., während er über dessen Ersatzprodukte Argonin, Argentamin und Protargol noch kein definitives Urteil gefällt wissen möchte. Frühestens am 10. bis 14., spätestens am 20. Tage soll mit dem Argent. nitr. begonnen und zwar in Form von Irrigationen mit dem Katheter zuerst eine warme Lösung von 1 : 10000 bis 8000, täglich 30—60 g, injiziert werden, allmählich wird die Lösung konzentrierter bis 1 : 2000 genommen. Dann beginnt man mit Injektionen einiger Tropfen von 1 : 1000 Argent. nitr., womit allmählich bis auf 1 : 250 gestiegen wird, in die vordere oder

auch hintere Harnröhre, jeden Tag einmal oder später jeden zweiten Tag. Mit dem Gebrauch feiner Katheter werde die Schleimhaut nicht beschädigt, der Compressor urethrae nicht überanstrengt und nicht in atonischen Zustand versetzt, wie es so häufig bei JANETS Methode geschähe. Mit dem Verschwinden der Epithelzellen wie überhaupt aller geformten Elemente aus dem Urin kann die Heilung der Blennorrhoe als vollkommen angesehen werden. T. hebt als besondere Vorzüge seiner hier kurz beschriebenen Methode deren Einfachheit und Annehmlichkeit für den Patienten und die aufserordentlich guten Erfolge hervor, welche er damit erzielt habe. Die Schleimhaut wird unversehrt wieder hergestellt, Rückfälle kommen nicht (? Ref.) vor; die Dauer der Behandlung ist jedoch eine ziemlich lange, mindestens 4—6 Wochen währende. Am Schlusse seiner Arbeit kommt T. nochmals darauf zurück, dafs es sich bei den Anpreisungen, welche von Heilung nach 3, 10, höchstens 14 Tagen sprechen, um grobe Täuschung des ärztlichen und Laienpublikums und in den Fällen so abnorm rascher, wirklicher Heilung meist um die leicht zu beseitigenden sogenannten Späteiterungen der Blennorrhoe handelt. *Stern-München.*

Einige Bemerkungen über die Behandlung der akuten Blennorrhoe, von CRICK. (*La Policlinique.* 1899. No. 1.) Verfasser teilt seine Resultate mit dem Protargol bei 9 Fällen von akuter Blennorrhoe mit. Diese Resultate sind als günstige zu bezeichnen. Es wurden Injektionen (dreimal täglich) in der Konzentration von $^1/_2$—1% verordnet. *C. Müller-Genf.*

Die Wirkung der Hyperpyrexie auf die Blennorrhoe, von ABOUTKOFF. (*Brit. med. Journ.* 26. März 1898.) Der Verfasser berichtet über 5 Fälle von Blennorrhoe, bei welcher infolge von Komplikationen die Temperatur auf 40° C. gestiegen war. Die Wirkung dieser Hyperpyrexie war, dafs die Urethritis rasch zum Stillstand kam und vollständig abheilte. Diesen günstigen Einfluſs auf den Verlauf der Blennorrhoe erklärt der Verfasser mit der grofsen Empfindlichkeit der Gonokokken gegen Temperaturschwankungen. Beobachtungen an Reinkulturen haben gezeigt, dafs die Gonokokken am besten bei einer Temperatur von 25—30° C. gedeihen, in ihrer Entwickelung jedoch gehemmt werden und zu Grunde gehen, wenn die Temperatur 36° C. erreicht hat. *C. Berliner-Aachen.*

Einiges über Larginbehandlung bei Blennorrhoe, Prostata- und Blasenerkrankungen, von SCHUFTAN und AUFRECHT. (*Allg. med. Centralztg.* 19. Okt. 1898.) Das Largin, die neueste organische Silberverbindung, wurde von PEZZOLI bakteriologisch untersucht, als Gonokokken tötendes Mittel fand er dasselbe dem Argentum nitricum wie dem Protargol überlegen; KORNFELD-Wien wandte das Mittel in gröfserem Umfange an und es bewährte sich ihm als ein vortreffliches Mittel, welches die Dauer des Prozesses rasch abkürze und das Eintreten von Urethritis posterior verhüte; bei chronischen Prozessen sei es jedoch den bisherigen Mitteln, besonders dem Lapis, nicht überlegen. Auf Grund dieser günstigen Urteile unterzogen die beiden obigen Ärzte in der Poliklinik von Dr. H. LOHNSTEIN eine Anzahl von Patienten der Larginbehandlung. Es kam meist die $^1/_2$%ige Lösung zur Anwendung, während der ersten Wochen dreimal täglich mit der gewöhnlichen Trippersprize, später einmal täglich mit einer 40—50 ccm haltenden Spritze; die Lösung mufste immer eine halbe Stunde lang in der Harnröhre belassen werden. Reizerscheinungen sind mit Ausnahme leichten Brennens nie beobachtet worden, die Erfolge waren bei einigen Fällen vorzüglich, bei anderen liefs das Präparat völlig im Stich; aufser bei Blennorrhoe wurde es angewandt bei Urethritis irritativa mit Prostatasteinen, bei Urethritis bacterica (purulenta), hier mit bestem Erfolge, bei sekundärer Cystitis; die Krankengeschichten dieser

und einiger Fälle von akuter und chronischer Blennorrhoe sind genauer wiedergegeben. Obwohl ein grofser Teil der Patienten vorzeitig aus der Behandlung schied, so stehen die beiden Untersucher nicht an, das Largin als den übrigen Silbereiweifsverbindungen, besonders dem Protargol, mindestens gleichwertig anzusehen. Günstiger als die klinischen Erfahrungen waren die bakteriologischen, mit Reinkulturen verschiedener Bakterien und 0,1 g Largin ausgeführten Experimente, wonach dasselbe eine beachtenswerte, desinfizierende Kraft besitze und mangels jeglicher Reizwirkung als Ersatz für Silbernitrat gute Dienste leisten müfste. *Stern-München.*

Erfahrungen über das Protargol, von Wicherkiewicz-Krakau. (*Ophthalm. Klinik.* 1898. No. 18.) Bei der spezifischen Blennorrhoe der Neugeborenen und der Erwachsenen erwies sich das Protargol dem Verfasser als ein souveränes Mittel mit frappantem Erfolge unter folgendem Verfahren: Auswaschen mit Borwasser, Abreibung der Conjunctivaloberfläche mit einer in 20%iger Protargollösung getränkten Watte, Einstreichen von 30%iger Borsalbe zwischen die Lider, alle zwei Stunden Einträufelung einer 1%igen Protargollösung. *A. Strauſs-Barmen.*

Protargol in der Ophthalmotherapie, von Jänner. (*Heilkunde.* Nov. 1898.) Auch dieser Bericht betätigt die vorzügliche Wirkung des Protargols bei Blennorrhoea neonatorum, gegen die 5 resp. 10% Lösungen mittelst Augentropfglases zur Anwendung kamen. Von 15 Fällen wurden 12 in 2—3 Wochen geheilt.
A. Strauſs-Barmen.

Zur Blennorrhoebehandlung mit Protargol, von Meyer-Wilhelmshaven. (*Ärztl. Praxis.* 1898. No. 21.) Bei 10 Neuerkrankungen und 7 Recidiven betrug die Behandlungsdauer im Durchschnitt 23,9 Tage. Die Gonokokken verschwanden durchschnittlich am 21. Tage der Behandlung. Verfasser erklärt das Protargol als das bis jetzt erfolgreichste und zuverlässigste Trippermittel. *A. Strauſs-Barmen.*

Verschiedenes.

Harfärbemittel, von H. Labbé-Paris. (*Presse méd.* 15. April 1899.) Die Haarfärbemittel sind an und für sich nicht schädlich. Um braun oder schwarz zu färben, sollte man statt der verwerflichen löslichen Quecksilber- und Bleisalze Lösungen von Höllenstein und Paraphenylendiamin verwenden (Argent. nitric. 28, Aq. rosar. s. destill. 55),

oder: I. Arg. nitr.	28	für Schwarz,	28	für Braun.
Aq. rosar.	170		225	
II. Natr. sulfuros.	28		28	
Aq. destill.	170		170	

(Die Haare werden entfettet und dann mit II bestrichen. Nach dem Eintrocknen Auftragen von I.)

oder: Arg. nitric. 36,0, Cupr. sulfur. 2,5, Aq. 250,0. Man fügt soviel Ammoniak zu, dafs sich das entstandene Präcipitat löst, und ergänzt bis zu 1 l Wasser.

Zum Goldblondfärben empfiehlt Verfasser den Farbstoff Henna. Zum Entfärben dienen Chlorwasserlösungen und Sauerstoffperoxydlösungen. Beide schädigen das Haar direkt, indem sie dessen Gewebe angreifen, besonders das Chlor. *Hopf-Dresden.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

AUDRY.

Graph. Inst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 3. 1. August 1899.

Über eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen.

Von

Dr. Ch. Audry,

Vorstand der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis an der Universität Toulouse.

(Mit Tafel IV.)

Fordyce[1] hat eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut beschrieben, erforscht und abgebildet, welche durch das Auftreten miliarer, feinster, gelbweifser Körner charakterisiert ist. Diese liegen mehr oder minder zahlreich unmittelbar unterhalb des Epithels der Schleimhaut der Lippen und Wangen.

Diese kleinen Körner, bald sehr dünn gesät, bald dicht gedrängt, bringen eine Art flacher Körnelung zu stande; man sieht sie vornehmlich in der Aufsenzone der einen oder der anderen Lippe, in der Nachbarschaft der Kommissuren. Ausnahmsweise, wie in dem von Fordyce abgebildeten Falle und bei einem meiner Kranken, gelangen diese kleinen Körner dazu, von der einen oder der anderen Lippe in ihrer ganzen Ausdehnung Besitz zu ergreifen. Sie nehmen gewöhnlich das Mundsegment der Lippen in Anspruch und nicht die Partie, welche unmittelbar an die äufsere Haut angrenzt.

Wie amerikanische Kollegen von Fordyce bemerkt haben, liegt hier eine Anomalie vor, welche überaus häufig bei Erwachsenen sich findet; sie tritt hingegen selten beim Greise in die Erscheinung, ist spärlich beim Weibe vertreten und nur ganz ausnahmsweise beim Kinde.

Ich habe die Anomalie selbst in schwachem Grade und kann versichern, dafs sie von keinem subjektiven Symptom begleitet wird.

Fordyce hat eine histologische Untersuchung gemacht und schöne Mikrophotogramme veröffentlicht. Es ist bemerkenswert, dafs er die Natur dieser Körner nicht zu ahnen scheint; indessen zeigt eine seiner Figuren

[1] *Journ. of cut. and gen.-urin. diseases.* November 1896: A peculiar affection of the mucous of the lips and oral cavity.

mitten im Epithel einige Talgdrüsenzellen, welche seine Aufmerksamkeit hätten anziehen können.

Ich war in der Lage, ein Stück von der Schleimhaut einer Lippe zu untersuchen, welche in der angegebenen Weise verändert war; die Affektion war sehr gut entwickelt.

Fixation mittels absoluten Alkohols, Paraffineinbettung, Serienschnitte (polychromes Methylenblau, Hämatein, verschiedene Pikrokarmine etc.).

Ganz allgemein gesprochen, können wir sagen, dafs jedes Korn einer Talgdrüse entspricht oder einem Talgdrüsenläppchen. Das Stück, welches ich untersucht habe, mafs kaum 0,01 mm in der Breite, und es bot in einem einzigen Schnitt 6—7 Drüsenläppchen dar.

Wir wollen jetzt studieren: 1. Die subepithelialen, 2. die intraepithelialen Talgdrüsen, 3. die Ausführungsgänge der Drüsen.

1. Subepitheliale Talgdrüsen. An erster Stelle gewahrt man, dafs eine Partie Körner Talgdrüsen entspricht, deren Struktur und deren Beziehungen nichts Anomales bieten. Sie liegen in der Haut unterhalb der Papillen gegen das Epithel gedrängt. Keine Spur von Entzündung oder Reizung findet sich in dem umgebenden Bindegewebe. Die Drüsen bieten aufser ihrer Lage unterhalb einer Schleimhaut nichts Anomales dar, d. h. in ihrer Lage unterhalb einer Decke, welche des Eleidins entbehrt, und da hier thatsächlich die Haare fehlen, verlangt ihr Sekret geradezu besondere Wege, mit welchen wir uns sogleich beschäftigen werden.

2. Intraepitheliale Talgdrüsen. Eine grofse Zahl dieser Talgdrüsen, von denen die einen atrophisch, die anderen gut entwickelt, wenn auch klein sind, lagert thatsächlich inmitten der tiefen Schichten des Epithels. Es ist unmöglich, zwischen den Zellen des Deckepithels einerseits eine scharfe Grenzlinie zu ziehen und andererseits der Gruppe der normal aussehenden Talgdrüsenzellen. Die Drüse schwimmt im Epithel der interpapillären Schichten; ihr oberes Segment zeigt eine Haube von Stachelzellen, die ein wenig abgeplattet und ausgezogen, sonst aber gut erkennbar sind. Aufser diesen giebt es da atrophische Talgdrüsen; sie erscheinen auf 4—5 Talgdrüsenzellen reduziert, die Talgdrüsenzellen liegen wie eingesprengt in der Mitte von interpapillären Epithelleisten. Die Talgdrüsenzellen liegen hier im Centrum, ohne dafs zwischen ihnen und den sie umgebenden Stachelzellen irgendwelche anderen Beziehungen wären als die der unmittelbaren Berührung, und diese Stachelzellen selbst bieten keine Veränderung dar.

3. Ausführungsgänge. Alle diese Drüsen, seien sie nun entwickelt oder nur angedeutet, münden an der Oberfläche mit Hülfe von Wegen, die mehr oder weniger ausgebildet sind, aber untereinander gut vergleichbar bleiben. Indessen ist ganz natürlich der Kanal, der den

Ausführungsgang darstellt, um so besser entwickelt, als die Drüse selbst beträchtlich grofs ist.

Die Hauptsache bleibt das Fehlen von Haaren und folglich auch des Infundibulum; indessen können einige Spuren, einige Erinnerungen an Haare erhalten bleiben. Einige der besser entwickelten subepithelialen Drüsen zeigen an der Stelle des Zusammenflusses ihrer intralobulären Septen zarte, blattartige, durch das Pikrokarmin stark gelb gefärbte Massen. Diese gruppieren sich in senkrechter oder schiefer Richtung zur Epidermis in der Axe des Ausführungskanals; letzterer selbst wird ganz einfach durch einen röhrenförmigen Substanzverlust dargestellt, der inmitten der ganzen Dicke des Epithels, sogar der Stachelzellen ausgespart ist. Wenn die Mündung sich über einer Partie befindet, welche noch mit einer Hornschicht bedeckt und eleidinhaltig ist, so findet sich das Eleidin wieder in den Zellen, welche den Kanal begrenzen, gerade wie es um den Ausführungsgang der Schweifsdrüsen der Fall ist. Diese gleiche Schicht des Eleidins ist ebenso zu konstatieren, wenn es sich um Poren handelt, die auf einer Oberfläche münden, welche sonst vollständig des Eleidins entbehrt, d. h. auf einer Oberfläche, welche die histologischen Zeichen einer Schleimhaut darbietet. Dieser ganze Kanal kann erfüllt werden durch solche Garbe gelber Schüppchen, welche ein Rudiment von Haaren darstellt; die Garbe selbst splittert sich pinselförmig am oberen Ende auf, indem sie eben die Mündung, aus der sie hervorkommt, überragt. Andererseits ist jede Spur von Haaren völlig geschwunden. Der Ausführungsgang wird dargestellt durch einen einfachen Substanzverlust, der mehr oder minder röhrenförmig aussieht, fast geradlinig verläuft und von eleidinhaltigen Stachelzellen begrenzt wird.

Was nun die Verhältnisse des Epithels im allgemeinen angeht, so möchte ich nur sagen, dafs ich keine bemerkenswerten Veränderungen habe feststellen können. Es ist dick, gut entwickelt, ohne Spur von Reizung oder anomaler Wucherung, ohne Verlängerung der Papillen. Die einzige Abweichung ist der Substanzverlust, durch welchen das Sekret der Talgdrüse seinen Weg nach aufsen findet.

Es ist offenkundig, dafs diese Veränderung interessante Probleme aufwirft. In erster Reihe: Es ist einfach schwierig, die Trennungslinien der Haut und der Schleimhaut anzugeben. Haben die Embryologen jemals im Verlauf der Entwickelung des Mundes Einstülpungen (invaginations) von Haaren gefunden? Giebt es Tiere, bei denen sich Haare auf der Innenfläche der Wangen finden?

Für den Augenblick werde ich einfach folgende Hypothese aufstellen: Es kann sich hier um verirrte, eingestülpte (invaginées) Keime handeln, die aus dem fötalen Leben stammen und sich in der Pubertät und zur selben Zeit mit den Kopf- und Schnurrbarthaaren entwickeln. Es sind

das Rudimente von Haaren in der Wangenschleimhaut. Die Abwesenheit dieser Veränderung beim Kinde, ihre geringe Entwickelung und ihre Seltenheit bei der Frau können als Stütze meiner Hypothese dienen, welche ganz allgemein in Beziehung zu unseren Kenntnissen über den ektodermalen Ursprung der Schleimhaut des Mundes steht.

Die Anatomen haben die Anwesenheit von Talgdrüsen in der Schleimhaut der Lippen festgestellt; so KLEIN, der sie bei Neugeborenen vermifste, so KÖLLIKER, der ihrer ganz kurz, aber in der gewohnten gründlichen Weise Erwähnung thut. E. WERTHEIMER (*Archives générales de médecine.* 1883. Vol. I, pag. 399) hat sie gut studiert; nach ihm nehmen sie die Partie der Lippe ein, welche der Übergangszone entspricht; er betrachtet sie als freie Talgdrüsen, welche unabhängig von Haaren sind. Er hat sie nur bei Erwachsenen gesehen und niemals ihre Anlage bei Neugeborenen. Er stellt sie mit denen in Parallele, welche man mit der Pubertät auf den kleinen Schamlippen erscheinen sieht; er giebt keine makroskopische und nur eine etwas zu kurze mikroskopische Beschreibung. Ich habe sie in der That in der Schleimhaut der kleinen Schamlippe bei erwachsenen Frauen gesehen; ich habe die Anwesenheit einer Gruppe kleiner, gelber Körner konstatieren können, welche identisch mit denen der Mundschleimhaut sind und welche die gleiche Bedeutung haben. Sie erscheinen zu gleicher Zeit mit der Entwickelung der Haare und gehen letzterer wahrscheinlich parallel.

(Übersetzt von Dr. ERNST DELBANCO-Hamburg.)

Über die Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes.

(Notiz zum voranstehenden Aufsatz von Dr. CH. AUDRY.)

Von

Dr. ERNST DELBANCO-Hamburg.

In den Sitzungen der biologischen Sektion des Hamburger ärztlichen Vereins vom 26. Okt. 1898 und 28. Febr. 1899 (vgl. *Münch. med. Wochenschr.* Sitzungsberichte 1898 No. 47, 1899 No. 14) habe ich über zwei Patienten — das erste Mal mit Krankenvorstellung — berichtet, welche eine meines Wissens noch nicht beschriebene Drüsenhypertrophie der Mundschleimhaut zeigten. Bei beiden Patienten handelte es sich um die von AUDRY im vorstehenden Aufsatz geschilderte Affektion. In meinen Fällen entsprach der Verlauf der Körner in der Schleimhaut den gegenüberstehenden Zahnreihen, erstreckte sich bis zum Mundwinkel,

und wo sonst noch im Munde die gelben eben über die Oberfläche sich vorbuckelnden Körner sichtbar waren, schien es ebenfalls, als wenn diese Entwickelung der Körner in der Schleimhaut an eine Druckwirkung bezw. einen Druckreiz gebunden sei. Da meine beiden Patienten infolge einer spezifischen Kur unter einer Quecksilbersalivation litten, und ich mich sicher dünkte, vor Beginn der spezifischen Kur die Veränderung an dem einen Patienten nicht gesehen zu haben, äufserte ich den Verdacht, dafs die sicher nicht syphilitische Affektion bei Syphilitischen mit einiger Wahrscheinlichkeit zu erwarten sei. Inzwischen habe ich weitere Beobachtungen sammeln können.

Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes der Mundschleimhaut in meinem ersten Fall ergab eine hypertrophische Entwickelung von acinösen Drüsen, deren Bild in einer Schleimhaut mir ganz fremd war. Es waren Zellen ganz von dem Charakter der Talgdrüsenzellen der äufseren Haut; grofse, helle polygonale Zellen mit dem schön entwickelten spongioplastischen Netzwerk im Protoplasma. Der ganz vorübergehende Gedanke, dafs es sich um wirkliche Talgdrüsen handele, wich der Auffassung, dafs ich einer besonderen Art von Schleimdrüsen auf die Spur gekommen sei. Da ich im unklaren blieb, sprach ich in meiner zweiten vorläufigen Mitteilung nur von einer „Drüsenhypertrophie". Am 20. März d. J. hatte ich Gelegenheit in meinem Laboratorium Herrn Kollegen Th. Lochte die Präparate zu zeigen. Herr Dr. Lochte äufserte mit Bestimmtheit, dafs es sich hier nur um Talgdrüsen handeln könne. Das veranlafste mich, das Schleimhautstück, welches ich meinem zweiten Patienten am 18. April zu exstirpieren Gelegenheit hatte, in Flemmings Lösung zu fixieren. Die am 24. April abgeschlossene Untersuchung ergab als einwandfreies Ergebnis, dafs die von mir gesehene Affektion in einer (hypertrophischen) Entwickelung von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut besteht.

Den klinischen Befund meines ersten Falles habe ich malen lassen, und an der Hand des Bildes habe ich über meine zweite einschlägige Beobachtung in der Sitzung vom 28. Febr. d. J. Bericht erstattet. Meine ausführlichere Publikation wird auch mikroskopische Zeichnungen bringen.

Ein Zufall wollte, dafs gerade mir am 8. Mai von Herrn Dr. Unna voranstehender Aufsatz von Audry zur Übersetzung eingehändigt wurde. Selbstverständlich verbleibt Audry das ungeschmälerte Verdienst, als erster die richtige Deutung der biologisch so interessanten Veränderung gegeben zu haben, und ich befinde mich in der angenehmen Lage, durch eine gleichzeitige und völlig unabhängige Untersuchung den Audryschen Befund von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut vollinhaltlich bestätigen zu können.

Meine bisherigen Befunde über den Morococcus.

Von

P. G. Unna.

Auf dem Pariser Kongreſs von 1900 ist die Frage der parasitären Natur des Ekzems zur Diskussion gestellt. Sabouraud hat vor kurzem diese Frage in einem vorzüglichen kritischen Essai[1] über die Ätiologie des Ekzems berührt und dabei auch mehrfach der von mir 1892 aufgefundenen Morokokken in teilweise zustimmender, jedenfalls nicht prinzipiell ablehnender Weise gedacht. Da mir die Aufgabe zu Teil geworden ist, über den neuesten Standpunkt gerade dieser Frage im nächsten Jahre zu referieren, so liegt mir nichts ferner, als die Sabouraudsche Kritik heute schon — vorgreifend — einer Besprechung zu unterziehen. Aber dieselbe bedarf entschieden einer Ergänzung von meiner Seite, damit nicht mein Kongreſsreferat den Ballast solcher ergänzenden Bemerkungen zu tragen hat und weil ich die Kollegen in Frankreich[2] nicht im unklaren darüber lassen möchte, was bisher von meiner Seite über die Morokokken wirklich gesagt worden ist.

Teils die Veröffentlichung in deutscher Sprache, teils die Zerplitterung meiner Angaben in verschiedenen Arbeiten und Zeitschriften haben es offenbar veranlaſst, daſs auch Sabouraud nicht vollständig genau über meine Anschauungen betreffs der Morokokken und ihrer Rolle bei gewissen Hautkrankheiten orientiert ist.

Ich nehme daher diese Gelegenheit wahr, um das wenige, von mir bisher über die Morokokken Publizierte einmal vollständig zusammenzustellen, um es der zukünftigen Kritik zu erleichtern, zu der Frage Stellung zu nehmen und zugleich einer beginnenden Mythenbildung über den Morococcus zuvorzukommen. Ich erfülle damit auch offenbar einen Wunsch von Sabouraud, da er ausdrücklich sagt: „L'avenir et Mr. Unna lui-même peut-être nous diront, comment l'histoire du morocoque devra être dissociée et avec son histoire celle de l'eczéma tout entière."

Indem ich nun diese Dokumente der Kritik unterbreite, werde ich mich hüten, dieselben durch Mitteilung weiterer und jetziger Befunde und Ansichten meinerseits zu ergänzen. Die wenigen hinzugefügten Anmer-

---

[1] Sabouraud, Essai critique sur l'étiologie de l'eczéma. *Ann. de Derm.* 3. Sér. T. X, pag. 305.

[2] Dieser Artikel erscheint gleichzeitig französisch in den *Ann. de Derm. et de Syphiligr.*

kungen und Begleitworte dienen nur dazu, das etwa noch unklar bleibende klar zu stellen, und Lücken, die das Verständnis erschweren, auszufüllen.

SABOURAUD sagt mit Recht:

„On pouvait demander les caractères différentiels du microbe sur tous milieux, ses signes particuliers distinctifs ... et tout cele avant même de parler d'inoculations animales ou humaines." (pag. 320.)

und fragt weiter:

„Mais enfin, lequel est le morococque? C'est que les propres caractères de ses cultures et son étude histologique ne permettent point de savoir" ..... „l'aspect mûriforme du morocoque ne me paraît pas spécifique suffisamment au moins pour le désigner à coup sûr en l'absence de toute coloration spécifique." (pag. 321.)

SABOURAUD glaubt ferner, dafs verschiedene Staphylokokken von mir als Morokokken aufgefafst sind:

„Divers staphylocoques aussi ont été appelés morocoques (l'étude bactériologique de l'acné nécrotique en fait foi)" (pag. 321)

und schliefst mit dem Satze:

„Ce qu'on peut dire avec certitude, c'est que là où Mr. UNNA a vu constamment le morocoque, il y avait constamment une ou plusieurs espèces microbiennes." (pag. 322.)

Ich bin überzeugt, dafs die folgenden Dokumente beweisen werden:

1. dafs ich seit 1892 schon eine Reihe von teils mikroskopischen, teils kulturellen Eigenschaften des Morococcus aufser seinem maulbeerförmigen Aussehen der Kolonien in den Ekzemkrusten kannte, welche als „Caractères culturaux différentiels", als „signes particuliers distinctifs" angesehen zu werden verdienen, wenn sie auch gewifs nur bescheidene Anfänge in der Charakteristik des Morococcus darstellen;

2. dafs ich die Differenzierung des Morococcus von dem Staphylococcus pyogenes aureus bakteriologisch, noch weit ausführlicher aber histologisch — und wie ich glaube — in genügender Weise gegeben habe.

Demonstration im Hamburger ärztlichen Verein.

Sitzung vom 19. April 1892 (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 14, pag. 413):

Herr UNNA demonstriert künstliche Ekzemflecke, welche er an sich und dem Laboratoriumdiener durch Einimpfung einer besonderen Kokkenart erhalten hat. Die fünf Flecke stellten dar circa fünfpfennigstückgrofse, rundliche, hochrote Efflorescenzen, welche mit eingetrockneten Bläschen besetzt sind. Früher glaubte Herr UNNA, dafs Hyphomyceten die wahrscheinliche Ursache des Ekzems seien; alle Impfversuche waren aber negativ. Seit Jahresfrist hat er die Konstanz einer Kokkenart in Ekzembläschen, -Schuppen, -Krusten und -Schnitten nachweisen können. Die Züchtung ergab eine noch unbekannte Diplokokkenart. Die Impfresultate waren zuerst ebenso negativ wie bei allen anderen aus seborrhoischen Krusten gezüchteten Pilzen. Erst seitdem es ihm gelang, der Impfstelle Luftsauerstoff und genügende Feuchtigkeit zuzuführen,[3]

[3] Dieses wurde damals erreicht durch Auflegen eines Wattefläumchens auf die geimpfte Stelle, welches am Rande mit Kollodium oder Traumaticin fixiert, im Centrum permanent durch zeitweiliges Aufträufeln von Wasser feucht gehalten wurde. Bedeckung mit Guttaperchapapier beeinträchtigte oder verhinderte die Haftung. *U.*

fielen dieselben fünfmal nacheinander positiv aus. Herr UNNA demonstrierte sodann diese Kokken im Innern eines Ekzembläschens auf Schnitten vom Arm des Laboratoriumdieners. Auf die biologischen Eigenschaften dieses Coccus wird Vortragender nächstens eingehender zurückkommen.

Sitzung vom 3. Mai 1892 (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 14, pag. 413):

Herr UNNA demonstriert ein Kaninchen, welches an zwei Stellen progressiven Haarausfall mit Schuppung, analog der menschlichen Alopecia pityrodes, zeigte, an denen es mit den Kokken des Ekzems geimpft war. Diese Impfungen haben bei Kaninchen und Meerschweinchen stets diesen Erfolg. Sodann zeigte Vortragender Kulturen des Coccus vor. Auf Nähragar bildet derselbe, im Gegensatz zum Staphylococcus albus, grauweifse, scharf begrenzte, flache Bänder und zahlreiche isolierte, durchscheinende Tröpfchen. Gelatine wird von demselben niemals in der Länge des Impfstiches verflüssigt und nie rasch und vollständig, sondern nur sehr langsam und unvollständig an der Oberfläche. Auf Kartoffeln erzeugt er ein flaches, grauweifses, scharf begrenztes Band ohne den charakteristischen Kleistergeruch des Staphyloccus. Ebenso leicht ist der Organismus tinktoriell zu erkennen. Er besitzt meistens die Form von Diplokokken und ist in den Haufen durch das regelmäfsige Korn[4] und den weiten Abstand der Individuen vom Staphylococcus zu unterscheiden. Noch mehr aber durch die enormen Gröfsendifferenzen der Einzelindividuen in allen nicht zu üppig gewachsenen Kulturen (0,5—1,5 μ). In den letzteren bleibt die Gröfse eine mittlere. Selbst die beiden Hälften eines Diplococcus sind zuweilen so verschieden, dafs die eine circa doppelt so grofs ist wie die andere. Von den Gonokokken unterscheiden sich die Kokken andererseits durch ihre Jodfestigkeit (GRAM und WEIGERT). Über die charakteristischen Differenzen der Kokken von anderen Organismen innerhalb der Gewebe wird der Vortragende demnächst berichten.

Sitzung vom 17. Mai 1892 (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 14, pag. 465):

Herr UNNA demonstriert die Unterschiede zwischen der Impetigopustel und dem Ekzembläschen .....

Impetigo.	Ekzembläschen.
5. Die in und unter der Decke befindlichen Kokken bilden Reihen und traubenförmige Herde.	5. Die in und unter der Decke befindlichen Kokken bilden Doppelkokken und maulbeerförmige Herde.

[4] Unter „regelmäfsigem Korn" verstand ich s. Zt. die bekannte Erscheinung, dafs in den künstlichen oder natürlichen Reinkulturen die Kokken durch unfärbbare Säume von erheblicher Breite getrennt werden, wodurch das mikroskopische Bild der Kokkenfläche das Aussehen eines ziemlich regelmäfsigen Mosaiks annimmt. Im Gegensatz dazu bieten solche Kulturen, welche aus Kokken ohne oder mit sehr feinen unfärbbaren Hüllen bestehen, sodafs die gefärbten Konturen der Kokken direkt aneinander stofsen, ein „unregelmäfsiges Korn" dar, indem hier die zufällige Verschiedenheit der dichten und losen Aneinanderlagerung schärfer und besser zum Ausdruck gelangt. Das mehr oder weniger „regelmäfsige Korn" der gefärbten Kultur bei mikroskopischer Betrachtung ist also nur der Versuch, einen Ausdruck für jene Verschiedenheit zu gewinnen, die durch die dickere oder feinere Hülle des einzelnen Coccus hervorgerufen wird; ich bin sehr gerne bereit, den vor langer Zeit gewählten Ausdruck durch einen besseren zu ersetzen. *U.*

6. Im Bläschen sind die Kokken flach zwischen Hornschicht und Eitertropfen ausgebreitet und wandern von hier aus radienförmig in denselben ein.

7. Die Staphylokokken liegen stets extracellulär.

8. Die Staphylokokken sind von annähernd gleicher Gröfse. Ihr Durchmesser schwankt zwischen $^3/_8$—1 μ.

9. Die Staphylokokken sind in den Haufen dicht zusammengedrängt, die Haufen haben kein regelmäfsiges Korn.

6. Im Bläschen sind die Kokken in völlig getrennten Haufen und besonders auch an der ganzen Peripherie verteilt.

7. Die Morokokken des Ekzems liegen teils frei, teils in Leukocyten.

8. Die Morokokken sind im Ekzembläschen von äufserst variabler Gröfse ($^1/_2$—$1^1/_2$ μ). Selbst die Teile eines Diplococcus differieren oft an Gröfse erheblich.

9. Die Morokokken sind in den Haufen durch helle Säume geschieden, die Haufen besitzen ein regelmäfsiges Korn.

Das seborrhoische Ekzem.

(Volkmann, *Sammlung klinischer Vorträge.* Neue Folge. No. 79, Sept. 1892, pag. 677):

Weitere Untersuchungen an Schnittpräparaten der ekzematösen Haut verringerten wiederum die Anzahl der Organismen, indem jetzt erst mit ganz überwältigender Majorität die Morokokken als ständige Begleiter des seborrhoischen Katarrhs hervortraten. Mir liegen Schnittpräparate von mehr als 30 verschiedenen Fällen dieser Affektion vor, in denen ausschliefslich die Morokokken zu finden sind und zwar in einer Lagerung, welche die Haupterscheinungen des Katarrhs, vor allem die Parakeratose zu erklären geeignet sind. Da ich aufserdem im stande war, beim Menschen durch Einimpfung der Morokokken Bläschen hervorzurufen, welche histologisch sich ganz wie die Bläschen des Ekzems bei gewissen akuten Ausbrüchen verhielten und in denen die Morokokken genau in der Lagerung innerhalb von Leukocyten vorhanden waren, wie in jener eigenartigen primären Ekzemform; da ich weiter bei Kaninchen Rötungen mit Haarausfall auf die Einimpfung der Morokokken folgen sah, so ist jedenfalls für diese Organismen die pathofore und genauer eine ekzematofore Wirksamkeit dargethan.

Pag. 678:

Die Morokokken sind im Gegensatz zu den Staphylokokken ausgezeichnet durch ihre feine aber feste Schleimhülle; dadurch entsteht das regelmäfsige Korn der Haufen und die Neigung zur Bildung von unvollständig geteilten, grofsen Doppel- und Viererkokken (anscheinenden Riesenkokken) und schliefslich von grofsen Drusen von maulbeerförmigem Aussehen, die schon bei schwacher Vergröfserung die Existenz der Morokokken verraten. Ihr Wachstum ist an die Gegenwart von Sauerstoff gebunden: in den Kulturen wachsen sie nicht in der Tiefe des Impfstiches und befinden sich in den Krusten und Schuppen stets nahe an der Oberfläche. Dafs sie von hier aus ziemlich weitreichende Wirkung entfalten, verstehen wir erst durch die Lehre von der Chemotaxis.

Ekzem.

(*Histopathologie der Haut*, pag 195):

Erst die bakteriologische Untersuchung der verschiedenen Bläschenarten, welche beim Ekzem vorkommen, hat uns völligen Aufschluſs über deren gegenwärtiges Verhältnis und ihren ätiologischen Zusammenhang gegeben. Das bessere Verständnis, welches wir hierdurch auch für das klinische Verhalten des Ekzems gewinnen, und die Möglichkeit einer auf sie basierten, sehr einfachen Darstellung der gesamten Ekzempathologie, sind zwei neue Beweise, daſs die angegebenen ätiologischen Faktoren bereits die richtigen, die allein in Frage kommenden sind.

Vom bakteriologischen Standpunkte aus haben wir nun zwei grundverschiedene Arten von Ekzembläschen wohl zu unterscheiden . . . . .

Pag. 197:

Zwei fundamentale Unterschiede zwischen beiden Prozessen sind es, aus denen alle histologischen Differenzen hervorgehen, einmal die Anlockung eines rein eitrigen Exsudates durch die Staphylokokken, eines serös eitrigen durch die Morokokken, sodann das verschiedene Verhalten der beiden Organismen zu den Leukocyten . . . . .

Pag. 198:

Die zweite Hauptdifferenz in dem Bau der Bläschen (der Impetigo staphylogenes und des ekzematösen Impfbläschens) liegt, wie gesagt, in dem Verhalten der Kokken zu den Leukocyten. Die Staphylokokken scheinen die weiſsen Blutkörperchen in ihrer Umgebung vollständig zu lähmen. Dieselben sind nicht im stande, trotz ihrer Menge die Staphylokokken in sich aufzunehmen. Die letzteren ziehen daher in traubenförmigen Herden sich ausbreitend frei durch den Eitertropfen hindurch. Ganz anders bei den Morokokken. Auch diese vermehren sich in der ihnen eigentümlichen Weise in Form maulbeerförmiger Herde. Dieselben erreichen aber in dem Blaseninhalt im Gegensatz zur Hornschicht immer nur einen unbedeutenden Umfang. Gruppen von 4—8 Kokken wechseln ab mit Diplokokken; diese Formen zeigen die meisten freien Morokokken. Neben denselben findet man aber sehr viele in Leukocyten eingeschlossene, selten weniger als 4, meist 8—16 und weiter bis 30 und mehr in einem weiſsen Blutkörperchen. Offenbar vermehren sie sich in diesem rasch und führen, ähnlich wie bei den Gonokokken, allmählich ihren Untergang herbei. Dafür sprechen gröſsere Morokokkenhaufen, welche einen Leukocytenkern enthalten, aber von keinem Protoplasmasaum umschlossen sind. Diese Einhüllung der einzelnen Diplokokken in Leukocyten wird wohl in derselben Richtung wirken, wie die Beweglichkeit und Serosität des Blaseninhaltes, nämlich zu einer raschen Zerstreuung der Kokken über den ganzen Umfang der Blase führen. Wenn wir bedenken, daſs in der staphylogenen Impetigo die ungestüm und ausschlieſslich angelockten Leukocyten die Staphylokokken nicht aufzunehmen vermögen, in dem morogenen Bläschen die weniger stark und weniger ausschlieſslich angelockten Leukocyten aber wohl, so ist hieraus wohl zu schlieſsen, daſs die Morokokken auf die weiſsen Blutkörperchen weniger giftig einwirken. Sie locken sie weniger stark an, werden dann aber gerne von ihnen aufgenommen, vermehren sich noch in ihnen und zerstören sie dabei, während die Staphylokokken sie sehr intensiv anlocken und in nächster Nähe abtöten, womit die gegenseitigen Beziehungen sofort wieder aufhören.

Pag. 213:

Von dieser letzteren Bläschenart (ekzematöses Impfbläschen) habe ich oben

nachgewiesen, daſs sie durch den plötzlichen Einbruch von Morokokken unter die Hornschicht und in die Stachelschicht selbst entstehen, sei es durch spontane oder absichtliche Einimpfung. Sie stellen allein das wahre akute Ekzem dar und ihr Zusammenhang mit der im allgemeinen chronischen Erkrankung Ekzem ist nur durch die Identität des Infektionsträgers, dadurch aber mit aller Sicherheit erbracht.

Daraus wäre schon zu schlieſsen, daſs die anderen beiden Bläschenarten, welche im Anschlusse an die chronische Erkrankung entstehen, auch in ätiologischer Beziehung den ersteren nicht gleichen werden. Und in der That läſst die bakteriologische Untersuchung die Morokokken in ihnen fast regelmäſsig vermissen. Niemals finden sie sich in den rein serösen und rein fibrinösen kleinen Bläschen, genau so wenig wie in den elementaren Höhlen der spongoid umgewandelten Stachelschicht. Daraus folgt, daſs diese Bläschen niemals durch die Einwanderung der Morokokken von oben nach abwärts entstehen, sondern lediglich durch die stärkere Anlockung eines serösen Exsudates aus der Tiefe. Demgemäſs finden wir hier Morokokken regelmäſsig auch nur in der überlagernden Kruste oder Schuppe, und zwar gewöhnlich neben älteren, schön maulbeerförmigen Herden frische, zerstreut liegende, d. h. jüngere Gruppen, deren Entstehung wohl die neue Exsudation zuzuschreiben ist. Auch in den sekundären, mit Leukocyten erfüllten Bläschen habe ich die Morokokken lange Zeit hindurch regelmäſsig vermiſst. Neuerdings konnte ich sie allerdings in wenigen Exemplaren in einigen solchen Bläschen konstatieren. Aber diese Ausnahmen können den Satz nicht umstoſsen, daſs auch bei der Genese dieser Bläschen kein Einbruch der Morokokken stattfindet. Denn die Anziehungskraft, welche Morokokkken und Leukocyten aufeinander ausüben, macht es wohl erklärlich, daſs bei etwas längerem Bestande aus der Kruste vereinzelte Morokokken von Wanderzellen der Bläschen aufgenommen werden. Aber niemals finden wir hier eine Überschwemmung des Bläschens mit Morokokken und eine reichliche Aufnahme derselben in die Leukocyten des Bläschens wie bei dem primären Ekzembläschen. Also auch hier ist die Ursache des Bläschens lediglich in dem stärkeren Andrang des Exsudates aus der Tiefe zu sehen, und zwar in diesem Falle eines leukocytären Exsudates.

Pag. 218:

Ungemein lehrreich ist nun — und für mich geradezu die parasitäre Natur beweisend — der Parallelismus der Exsudationserscheinungen mit dem bakteriologischen Verhalten der Krusten und Blasen. Die feuchten Krusten nach der Gerinnung bilden nämlich einen ausgezeichneten Nährboden für die Morokokken. In ihnen vermehren sie sich rasch und bilden, je mehr die Krusten eintrocknen, desto schöner die groſsen maulbeerförmigen Haufen. Diese finden wir mithin konstant in den älteren, lange Zeit unberührt gebliebenen Krusten und am schönsten präsentieren sie sich natürlich in dem durchsichtigen Inhalt von ganz klar geronnenen Bläschen. Gewöhnlich bersten nun bei weiterem Eintrocknen die Krusten in senkrechter Richtung zur Hautoberfläche und dieses giebt den eingeschlossenen Morokokkenhaufen Gelegenheit, an den Riſsstellen der Wärme und Feuchtigkeit entgegen zu wachsen, bis sie die Basis der Kruste erreichen. In den Fällen nun, in welchen unter den abgekapselten Blasen sich wieder neue bilden, gewahrt man mit ziemlicher Regelmäſsigkeit, daſs sich die Morokokken an dem Boden der alten, d. i. die Decke der neuen Blasen, von neuem lebhaft vermehrt haben. Man wird daher wohl nicht fehl gehen, wie wir es oben aus anderen Gründen bereits gethan, diese Blasen unter der Mitte alter Krusten für eine Folge der Vermehrung der Kokken in den letzteren zu halten, indem dieser Vorgang einen neuen verstärkten Strom von Serum anlockt.

Pag. 234:

Es ist in diesem (des Typus petaloides) und in anderen Fällen des seborrhoischen Ekzems gar keine Frage, daſs sich die Affektion speziell an den Follikelausgängen entwickeln kann, obwohl die Follikel für die Morokokken nicht die wichtige prädominierende Rolle spielen wie für die Staphylokokken, einfach deswegen schon, da die viel sauerstoffbedürftigeren Morokokken sich gar nicht so leicht im Follikelhals entwickeln und nie primär noch tiefer in den Follikel hinabsteigen. Auch hier ist daher die Frage der Mischinfektion ernstlich zu untersuchen. Die Flaschenbacillen findet man regelmäſsig und meist in groſsen Schwärmen. Tief in den befallenen Follikeln habe ich wiederum sehr feine Bacillen in der Haarspalte reihenweise gelagert gefunden (Länge 0,5; Breite 0,2—0,3 μ). Aber auch Morokokken finden sich, besonders in den Kulturen der Schuppen.

Pag. 235:

Von Mikroorganismen habe ich durch Züchtung bei diesen Typen (Typus nummularis und annularis) als einzig konstante Species die Morokokken angetroffen.

Pag. 241:

Dann erweitert sich der Trichter bis zum Anfang des unteren Drittels des Haarbalges (Alopecia pityrodes) und wir finden nun auch Parasiten, voran kleine Bacillen, hinterher die Morokokken, in die jetzt weit klaffende Haarspalte hinabwuchern.

Pag. 244:

Von Organismen finden sich auch hier (bei Alopecia seborrhoica) die Flaschenbacillen in groſser Anzahl, doch nicht so dominierend wie bei der Pityriasis. Denn diese seborrhoische Form ist überhaupt wie keine andere ein Tummelplatz für Organismen. Wir treffen zunächst in den oberen Schichten der Krusten regelmäſsig Morokokken und in nicht unerheblicher Menge, in den unteren Schichten aber und in den Follikeltrichtern verschiedene Bacillenformen, sowohl den öfters genannten, äuſserst kleinen Bacillus, dann eine gröſsere Bacillenform vom Kaliber etwa der Tuberkelbacillen, aber plumper, und endlich ganz in der Tiefe der Talgdrüse Reinkulturen eines sehr zarten, schlanken, meist etwas gebogenen Bacillus, der in ungeordneten Haufen vorkommt und dadurch den Aknebacillen ähnlich ist. Auch hier muſs die Zukunft lehren, welcher Organismus und ob überhaupt nur einer die Ursache der begleitenden Sebotaxis ist.

Pag. 246:

Die Krusten (bei Alopecia eccematosa der Erwachsenen) sind fester, enthalten weniger Serum als bei den Kindern und äuſserst wenig Leukocyten; auch ihre Flora ist viel eindeutiger, es finden sich fast nur schöne, groſse Morokokkenhaufen.

In einem nebenbei mit Akne komplizierten Falle (Gabel) fanden sich bei einem jungen Mädchen an verschiedenen Stellen des Kopfes gleichzeitig die trockene und feuchte Form des seborrhoischen Katarrhs. Hier war die Flora der verschieden gebauten Krusten ausnahmsweise von einer extremen Üppigkeit, wie fast nur beim nässenden Kopfekzem der Kinder. Es fanden sich sowohl Morokokken wie Flaschenbacillen in groſsen Schwärmen in den Krusten, Haarbälgen, Talgdrüsen und doch fehlen auch hier irgendwelche neue und ungewöhnliche Organismen. Trotz der Multiformität der Schuppenflora bei dieser Affektion ist sie doch im allgemeinen weit gleichförmiger, als meistenteils angenommen wird; es sind viele Individuen, aber nur wenige Arten von Organismen, die sich in verschiedenen Kombinationen immer wiederholen.

Aus dem folgenden Passus geht hervor, wie ich mir seiner Zeit das Verhältnis der verschiedenen klinischen Formen des seborrhoischen Ka-

tarrhs auf Grund der neu gewonnenen ätiologischen Daten gedacht und dafs ich mich durchaus nicht der Erkenntnis verschlossen habe, dafs dieses Verhältnis a priori, d. h. nach Mafsgabe der bisherigen sehr lückenhaften Befunde, in sehr verschiedener Weise zu deuten sei.

Es wäre zum Beispiel die fettlose Pityriasis nach der zweiten Auffassung nur ein unvollkommener, seborrhoischer Katarrh, bei dem die Sebotaxis durch ungünstige Verhältnisse, wie abundante Schuppenerzeugung, noch nicht zur Ausbildung gelangt sein würde, nach der dritten Auffassung wäre sie dagegen eine ätiologisch ganz andere Affektion, welche erst, wenn zu ihr der Erreger der Seborrhoe hinzukommt, den Ausgangspunkt für weitergehende seborrhoische Affektionen bildet. Hiernach ist es klar, dafs wir Grund genug haben, für jetzt noch die klinisch ineinander übergehenden Formen zusammen zu behandeln, auch wenn sie vielleicht später als Mischinfektionen getrennt werden sollten. (Das seborrhoische Ekzem, *Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge*, Neue Folge, No. 79, pag. 681.)

Der folgende Passus möge mich vor dem Verdacht der Einseitigkeit bewahren, als wenn ich ein jedes beim Ekzem vorkommende Bläschen auf dieselbe Weise, nämlich durch chemotaktische Anlockung von Exsudat durch Mikroorganismen, erklärt habe. Gerade die histologische Untersuchung führte mich zur Kenntnis einer vom Ekzemprozefs gesetzten dauernden Oberhautschädigung, welche einen Teil der klinischen Ekzemrecidive auch ohne neue Invasion oder neue Ausbreitung von Kokken zu erklären geeignet erschien.

Die Möglichkeit einer derartigen Permanenz des spongoiden Status unter einer jungen Horndecke giebt eine Erklärung für das Vorkommen solcher allerdings seltenen Ekzembläschen, an deren Decke wir weder Krusten noch Morokokken und in deren Innern wir auch keine Kokken finden. Solcher Fälle habe ich allerdings unter 73 Fällen von Ekzem, darunter 43 feuchten Charakters, nur zweimal ziemlich sicher konstatieren können. Ich sage: ziemlich, da immer noch der Einwand bleibt, ein mittlerer Schnitt mit dem betreffenden Kokkenbefunde sei ausgefallen. Aber trotz der überwältigenden Evidenz, welche bei dem konstanten Kokkenbefunde oberhalb — oder bei dem primären auch innerhalb — der Bläschen liegt, möchte ich an der Möglichkeit festhalten, dafs in einzelnen Fällen bei immer und immer wiederkehrenden Recidiven in loco die Ursache in einem larvierten spongoiden Status der Stachelschicht allein zu suchen ist (pag. 221, *Histopathologie der Haut*).

Die letzten Mitteilungen über den Morococcus befinden sich im 2. Heft des zu meiner „*Histopathologie*“ gehörigen *Histologischen Atlas zur Pathologie der Haut* (Leopold Voss, Hamburg), welcher das Ekzem behandelt. Die in demselben befindlichen Daten über die histologischen Verhältnisse des Morococcus hier einzeln auszuziehen, geht nicht wohl an, da das ganze Heft sozusagen eine Demonstration des Morococcus ist. In Anbetracht aber der Wichtigkeit gerade der topographisch-histologischen Verhältnisse des Coccus für die Beurteilung seiner ätiologischen Dignität möchte ich alle an dem Thema interessierten Forscher insbesondere auf dieses Heft des Atlas schliefslich hinweisen.

Aus der Praxis.

Infiltration oder Akanthose?

Von

P. G. Unna.

Infiltration oder Akanthose — das klingt sehr gelehrt, allzugelehrt für die Rubrik „aus der Praxis“. Es klingt aber nur so; thatsächlich handelt es sich dabei um eine eminent praktische und alltägliche Sache, der leider noch zu wenig Beachtung geschenkt wird. Umschreiben wir die in den beiden fremden Schlagwörtern kurz bezeichnete Frage mit deutschen Ausdrücken genauer, so lautet sie etwa folgendermafsen: Haben wir es an den verdickten Hautstellen Ekzematöser und Psoriatiker, die den tastenden und besonders den eine Hautfalte durchrollenden Fingern eine erheblich vermehrte Resistenz darbieten, mit einer zelligen Infiltration zu thun, welche in der Cutis samt Papillarkörper ihren Sitz hat — oder mit einer Verdickung der Stachelschicht des Epithels — oder mit beidem?

Der Sprachgebrauch der Praktiker — konform mit den Anschauungen der meisten Lehrbücher — entscheidet sich für die erste dieser Alternativen. Man nennt die verdickten Hauptpartien dieser nässenden und trockenen Flechten eben deshalb allgemein „infiltriert“, weil man überzeugt ist, an diesen Orten es allein oder doch hauptsächlich mit einer Neubildung von Zellen in der Lederhaut zu thun zu haben, etwa nach Analogie der zelligen Infiltration eines Hautsyphilids.

So oft sich mir Gelegenheit bot, durch Excision am Lebenden dieser Frage näher zu treten, hat es sich nun aber herausgestellt, dafs diese Annahme auf einem Irrtum beruht. Wohl besteht in fast allen Fällen eine zellige Infiltration der Lederhaut, aber diese ist nicht blofs meistens auffällig unbedeutend, sondern — und das erscheint mir als die Hauptsache — sie steht in gar keinem geraden Verhältnis zur Verhärtung der erkrankten Hautpartie. Man findet äufserst stark verdickte, derbe, ekzematöse und psoriatische Plaques mit einer sehr geringen Cutisinfiltration und umgekehrt tiefreichende Cutisinfiltrationen bei geringer Derbheit im klinischen Sinne.

Dagegen besteht eine befriedigende Parallele und daher offenbar auch ein kausales Verhältnis in der Gröfse der stets vorhandenen Hypertrophie der Stachelschicht und der klinisch tastbaren Härte. Insbesondere zeichnen sich die umschriebenen oder diffusen Verdickungen der Haut beim pruri-

ginösen Ekzem (auch bei der HEBRAschen Prurigo), der pruriginöse — weil äufserst stark juckende — Status alter Ekzeme, wie ich diesen Zustand nenne, oder die „Lichenifikation", wie derselbe weniger passend in Frankreich neuerdings genannt wird, durch eine starke Verdickung der Stachelschicht des Deckepithels aus.

Diese histologische Erkenntnis reiht sich ungezwungen an andere, früher gewonnene an. Wir wissen, dafs die Haut bei extremer Durchsetzung mit zelliger Neubildung, so beim Lupus und Gumma, geradezu eine breiähnliche Konsistenz und Weichheit annimmt, sodafs jedes stumpfe Instrument mit Leichtigkeit in dieselbe eindringt. Das heifst mit anderen Worten: die zellige Infiltration als solche führt nicht zur Verhärtung der Haut; ja, sie kann sogar zur Erweichung führen, wenn sie an die Stelle des normalen, kollagenen Faserfilzes tritt, wie beim Lupus und Gumma. Bleibt der letztere erhalten, wie bei manchen Syphiliden, so entsteht allerdings durch die hinzutretende zellige Infiltration eine gröfsere Spannung der Haut und dadurch eine etwas vermehrte Resistenz. Eine wirkliche Zunahme der Härte bis zur Sklerosierung entsteht jedoch nur, wenn das kollagene Gewebe an Masse zunimmt, wie bei der syphilitischen Initialsklerose, den Fibromen und Sklerodermien, wobei das weitere Hinzutreten von zelliger Infiltration ohne Belang ist.

Was nun die Zunahme des fibrösen Gewebes für die Härte bei den letztgenannten Affektionen der Cutis, das ist bei den nässenden und trockenen Hautkatarrhen die Zunahme der fasertragenden Stachelschicht. Die Derbheit der gerollten Falte zeigt keine „Infiltration" der Cutis an, sondern eine „Akanthose" des Epithels. Wo unser Finger eine solche tastet, soll und mufs unsere Aufmerksamkeit in erster Linie auf die Akanthose, die Hypertrophie der Stachelschicht, gelenkt werden.

Hier wie auch sonst in fast allen Fällen entspricht der besseren histologischen Erkenntnis eine Verbesserung der therapeutischen Eingriffe und ein Fortschritt in der Erkenntnis des Wesens der bisherigen rein empirischen Therapie.

Es ist ja klar, dafs, wenn wir auf die hypothetische „Infiltration der Cutis" gar keine Rücksicht in solchen Fällen zu nehmen, sondern unser Hauptaugenmerk nur auf die Verdickung der Stachelschicht zu lenken haben, wir auch die bisher allgemein gebräuchliche Therapie mit den erweichenden antiekzematösen Mitteln, speziell der HEBRAschen Salbe, den Teerpräparaten, der Kaliseife, der Salicylsäure und dem kaustischen Kali, grofsenteils entbehren können. Eine Abschälung der verdickten Oberhaut mit der Schälpaste mufs denselben Effekt in viel kürzerer Zeit und mit besserem Resultat zu Wege bringen.

Vor einem Jahre begann ich, zuerst noch etwas zaghaft, die am Gesichte erprobte Resorcinschälkur auf einzelne pruriginös entartete verdickte Plaques bei universellen Ekzemen und besonders hartnäckigen Psoriasisflecken anzuwenden. Das Resultat war so überraschend günstig, dafs ich mich bewogen fühlte, von da an alle universellen Ekzeme und Psoriatiden, wo immer eine erhebliche Akanthose ins Spiel kam, unter Zuhülfenahme der Schälpaste zu behandeln. Die zunächst befürchteten Allgemeinwirkungen blieben aus; sie sind bei Anwendung der Schälkur am Rumpfe und an den Extremitäten viel geringer als bei der Gesichtsschälung. Auch die Schmerzhaftigkeit ist nur eine geringe und die mortifizierte Oberhaut stöfst sich, wenn man die Schälung auf die verdickten Partien allein beschränkt, mit genügender Schnelligkeit ab. Es kommen sodann als besondere Vorzüge gerade der Resorcinschälkur noch in Betracht, dafs sie an und für sich — vielleicht durch ihren Einfluſs auf die Kokkenflora dieser Affektionen — ein vortreffliches Heilmittel bei Ekzem und Psoriasis darstellt und sich mit sämtlichen anderen Heilmitteln dieser Affektionen, sowohl mit den Zink-, Blei- und Quecksilberpräparaten wie mit den Teeren, Pyrogallol, Chrysarobin, Schwefel, Ichthyol und Pyraloxin ausgezeichnet gut verträgt.

Die grofse Ausdehnung, welche hierdurch die Anwendung der Schälpaste bei den grofsen Ekzem- und Psoriasiskuren in meiner Praxis neuerdings erlangt hat, machte es notwendig, ein paar feste Magistralformeln für dieselbe festzusetzen, und so bin ich bei einer **starken Schälpaste** von folgender Zusammensetzung:

Pastae Zinci
Resorcini ää 40
Ichthyoli
Vaselini ää 10
M. f. pasta lepismatica fortior

und einer **schwächeren** für grofse Flächen von folgender Zusammensetzung:

Pastae Zinci 60
Resorcini
Vaselini ää 20
M. f. pasta lepismatica mitior

stehen geblieben.

Der Gang einer derartigen Kur weicht also nur darin von den bisherigen Kuren — mit Ung. Zinci, Pasta Zinci, Pasta Zinci sulfurata, Ung. Chrysarobini compos., Ung. Pyrogalloli compos., Ung. Pyraloxini compos., Ung. Hebrae, Ung. Hebrae mit Seife und Salicylsäure od r mit Seife und Pyraloxin — ab, dafs nebenher je nach der Ausdehnung der zu schälenden Partien und der Widerstandskraft der Patienten die stärkere oder schwächere Schälpaste zugleich verschrieben und an

jenen Stellen gleichzeitig mit eingerieben wird. In vielen Fällen wird man zweckmäfsigerweise morgens nur an den verdickten Stellen die Schälpaste und abends am ganzen Körper die betreffende Hauptsalbe oder -paste einreiben lassen. Auch ersetzt die lokalisierte, unter Umständen punktförmige Mitwirkung der Schälpaste in ausgezeichneter Weise alle jene Mittel, welche wir bisher an den übermäfsig sauren und mit physiologischer Epithelverdickung versehenen Regionen, nämlich am Vorderarm, Unterschenkel, Hand und Fufs, anwenden mufsten, um diese renitenten Hautgegenden pari passu mit dem übrigen Körper der Heilung zuzuführen — den Gebrauch der Salicylsäure und vor allem der Schmierseife. Man hat aber zu beachten, dafs diese Schälpasten auch nebenbei stark basische Mittel sind, wegen ihres hohen Gehaltes an Zinkoxyd. Ist die Loslösung der mortifizierten Oberhaut eingeleitet, was an der einzelnen Hautstelle nach 1—2—3 Tagen der Fall zu sein pflegt, so setzt man die Schälpaste daselbst aus und überläfst die betreffende Hautstelle der freiwilligen Abschälung oder der Einwirkung der übrigen milderen Mittel, die gerade in Anwendung kommen.

Allerdings erfordern diese durch die permanent nebenhergehende Schälkur komplizierten Schmierkuren eine schärfere und feinere Beobachtung von Seite des behandelnden Arztes, der täglich bei der neu vorzunehmenden Anordnung der Schälpaste den tastenden Finger zu Hülfe zu nehmen und sich nicht mit dem blofsen Ansehen zu begnügen hat. Aber dieses Plus an notwendiger Beobachtung ist ebenso lehrreich für den Arzt, wie wohlthätig für den Patienten.

Versammlungen.

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 29. März 1899.

1. **Ein Fall von multiplem idiopathischen Sarcoma cutis (Kaposi)**, von Róna. Bei dem 70jährigen Kranken sind auf den Händen und Füfsen in gröfserer Anzahl linsen- bis erbsengrofse Knötchen vorhanden, nebstdem diffuse Infiltrationen. Einzelne Knötchen befinden sich auf den Unterschenkeln und oberen Extremitäten, nebst diesen eine Infiltration auf den Ohren und auf dem linken Augenlide, auf dem Penis und weichen Gaumen. Die inneren Organe sind intakt, das Drüsensystem nicht verändert.

2. **Einen Fall von Lupus erythematodes** stellt Bruckmayer vor, der mit Alkohol behandelt wurde.

3. **Ein Fall von Perifolliculitis suppurativa und framboesiformen Gebilden im Anschlusse an ein Ekzem**, von Huber. Bei dem 17jährigen Mädchen bildete das Grundleiden ein Ekzem, zu welchem sich später auf der rückwärtigen

Seite der Oberschenkel polycyklische framboesiforme Vegetationen zugesellten, welche auf rein antiseptische Behandlung im Verlaufe von vier Wochen ganz abheilten. Auf Grundlage der äufseren Form der Läsionen, der günstigen Prognose des Leidens, auch darum, weil die Kranke während dieser Zeit an Körpergewicht nicht nur nicht abnahm, sondern zunahm, konnten die Mykosis fungoides, das framboesiforme Syphilid, der Pemphigus vegetans, die multiforme Dermatitis (Besnier) und die von Hallopeau in neuerer Zeit beschriebene Pyodermite végétante sicher ausgeschlossen werden. H. hält die Affektion für eine sekundäre (wahrscheinlich durch Eitermikrobien verursachte) Infektion, welche bei einem zu Ekzemen prädisponierten Individuum zum Grundleiden sich hinzugesellte. Die histologischen Untersuchungen und photographischen Aufnahmen sollen später im *Arch. f. Dermat. u. Syphil.* näher besprochen werden.

4. **Über Urethroskopie**, von Julius Kisch. Für das Sehen in der Urethroskopie sind die Verhältnisse viel ungünstiger als bei irgend einer Art der Endoskopie der Körperlumina. Umso wichtiger ist es, dafs durch Fehler des Instrumentes die Sehkraft des Auges nicht beeinträchtigt werde. Es genügt nicht, dafs die Beleuchtung eine intensive ist, sie mufs auch eine gleichmäfsige sein. Mit dem Stirnreflektor erreicht man eine weniger intensive, doch eine verhältnismäfsig gleichmäfsige Beleuchtung. Bei den Elektro-Urethroskopen mit reflektiertem Lichte ist eine gleichmäfsige Beleuchtung nicht zu erreichen. Ein schmaler Lichtstreifen, welcher im Durchmesser des Tubus hineingeworfen wird — wie bei Görls Urethroskop —, erscheint am Ende des Tubus im Centrum, erzeugt aber beiderseits Schatten. Wenn hingegen das Licht mehr peripherisch hineingeworfen wird — wie bei Caspers Urethroskop —, entsteht zunächst ein Bild auf der entgegengesetzten Seite, welches mehrfach reflektiert, am Tubusende eine 8-Form erzeugt. Je enger der Tubus, umso glänzender ist dieses Bild und macht die engeren Tuben geradezu unbrauchbar. Vortragender kommt nun zu dem Schlusse, dafs sowohl in Bezug auf Lichtintensität, wie auch Gleichmäfsigkeit der Beleuchtung dem Nitze-Oberländerschen Instrumente kein Urethroskop gleichkommt.

Meisels bedient sich des Stirnreflektors nach Clar. — Reach meint, dafs man sich mit verschiedenen Urethroskopen einüben soll. — Havas hebt hervor, dafs die Wärme des Platindrahtes beim Urethroskop nach Nitze-Oberländer trotz des Kühlapparates nachteilig wirken kann. — Róna ist der Meinung, dafs man auch mit einem weniger vollkommenen Instrumente gut sehen könne, wenn man die dazu nötige Übung hat.

Sitzung vom 27. April 1899.

1. **Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentodes cutis**, von A. Havas. Bei dem 28jährigen Telephonfräulein trat vor einem Jahre auf der Beugeseite der rechten Handwurzel ein erbsengrofses Knötchen auf, welches stets an Dimensionen zunahm; eine ähnliche Veränderung der Haut wurde vor vier Monaten in der linken Ellenbogengend sichtbar. Derzeit sind auf der Beugefläche der rechten Handwurzel mehrere linsen- bis hellergrofse, teilweise zusammenfliefsende, dunkelpigmentierte, auf Druck teilweise abblassende, elastische, mit starrem Rande versehene, in der Mitte dellenförmige, zumeist kreisrunde Prominenzen zu sehen. Ähnliche in minderem Mafsstabe entwickelte Veränderungen auf dem linken Ellenbogen. — Die Diagnose konnte nur per exclusionem auf ein Sarkom gemacht werden; obzwar nach Kaposi es nicht unbedingt notwendig ist, dafs die Affektion auf den Fingern beginnen soll, sondern auch auf den Beugeseiten der Extremitäten auftreten kann, hatte er noch eine gummöse Erkrankung in diagnostische Beziehung gezogen, obzwar jedweder

Anhaltspunkt anamnestisch ausgeschlossen werden kann. — H. betrachtet das Pigment des idiopatischen Pigmentsarkoms als aus dem Blute stammend, weil diese Sarkome nicht so sehr als Pigment-(Melanin-)Sarkome, sondern eher als Angiosarkome betrachtet werden müssen und die Pigmentierung durch die Zersetzung des in das sarkomatöse Gewebe ergossenen Blutes erzeugt wird. Im allgemeinen ist, wie er das schon vor drei Jahren betonte, der klinische Verlauf des idiopathischen multiplen Pigmentsarkoms ein ganz anderer als der der übrigen Sarkome; denn wenn auch das histologische Bild mit den übrigen Spindelzellensarkomen kongruiert, so zeigt der weitere Verlauf dieser Affektion nicht diejenige Malignität (grofses Wachstum, Metastasen der inneren Organe, Marasmus etc.), wie wir das bei den übrigen Sarkomen, speziell bei den Pigmentsarkomen, zu beobachten pflegen. H. möchte daher das idiopathische Pigmentsarkom von den übrigen Sarkomgruppen klinisch ausschliefsen.

2. **Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentodes cutis**, von Sellei. Bei dem 67jährigen Kranken begann die Affektion vor 1½ Jahren in der linken Sprunggelenkgegend. Status praesens: Auf der rechten oberen Extremität, auf der Dorsalseite des kleinen Fingers, so auch zwischen der zweiten und dritten Phalanx ist je ein bläuliches Knötchen zu tasten, welche auf Druck nicht schmerzhaft sind. Auf dem rechten Unterarme (Ulnargegend) sind zwei mandelgrofse, rotbraune Infiltrationen. — Auf der linken oberen Extremität (Ulnarseite),, nahe zum Ellenbogen mehrere linsengrofse konfluierende bläulich-rote Flecken, welche nicht infiltriert sind; mit diesen symmetrisch (Radialseite) eine taubeneigrofse, verschwommene, auf Druck schmerzhafte und dichte Veränderung, über welche die Haut verschiebbar und nicht verfärbt ist; auf dem linken Oberarme ein mandelgrofser, infiltrierter, rotbläulicher Knoten. — Auf der rechten unteren Extremität in der Inguinalgegend ein linsengrofser Knoten. Die untere Hälfte des rechten Unterschenkels ist cyanotisch verfärbt, schuppend und infiltriert, um das Sprunggelenk zwei, in der Achillesgegend ein thalergrofser, infiltrierter, rotbläulicher Knoten. Auf der linken unteren Extremität in der Richtung der Vena saphena mehrere nebeneinander stehende linsen- bis erbsengrofse Knötchen; ähnliche dem Condyloma int. femoris entsprechend, unter diesen ein hellergrofser Knoten. In der Patellargegend eine rotbräunliche Pigmentation. Auf der Beugeseite und dem oberen Drittel des linken Unterschenkels eine hühnereigrofse, stark prominierende, stellenweise schuppende und mit Borken bedeckte Plaque, deren Konsistenz weich ist. Ein ähnlicher Fleck ist auf dem unteren Drittel des Unterschenkels lateralwärts und ein kleinerer über dem Sprunggelenke zu sehen. — Auf der Aufsenseite des Sprunggelenkes ist eine handtellergrofse, schmutzigrau verfärbte, verruköse, stellenweise karfiolähnliche, hornig hypertrophierte Stelle zu sehen. — Der Fufsrücken ist diffus bläulich verfärbt und auf den Seiten mehrere deutlich tastbare Knoten. — Die Knoten sind auf Druck nirgends schmerzhaft, Exulcerationen sind nirgends nachweisbar. Interessant ist in diesem Falle die Lokalisation der Knötchen in der Richtung der gröfseren Venen, hauptsächlich in der Richtung der Vena saphena, sodann die verrukösen Formen und das gänzliche Fehlen der Exulcerationen. Die internen Organe zeigen keine Veränderungen. Über den histologischen Befund soll später berichtet werden.

Róna bemerkt zu dem Falle von Havas, dafs derselbe eine Rarität bildet, die Diagnose auch schwer zu machen ist; nichtsdestoweniger proponiert er diese Stellen mit Empl. hydrarg. zu belegen, weil der gröfsere Teil der Fälle ältere Leute betrifft. Es könnte in diesem Falle noch in Frage kommen die von Köbner beschriebene rosenrote Form, welche aber Kaposi für eine ganz andere Sache hält. — Der Fall von Sellei ist ein typisches Sarkom. — Havas betont noch einmal, dafs er die

Diagnose mit Reservation zwischen Lues und Sarcoma stellte. Der Fall soll weiter beobachtet werden und später darüber referiert werden.

3. **Über den Zusammenhang zwischen Syphilis und Psoriasis** hält A. Alpár einen Vortrag mit Demonstration eines Falles. — Bekanntlich beruht die Ätiologie der Psoriasis auch heute noch auf den verschiedenartigsten Hypothesen. Vortragender will nicht auf die verschiedenen Theorien eingehen, will blofs die eine hervorheben, welche am meisten Anhänger hat, und zwar die Psoriasis wird mit der gröfsten Wahrscheinlichkeit dadurch hervorgerufen, dafs in einem Centrum des Centralnervensystems eine funktionelle oder anatomische Störung eintritt, als deren Endeffekt auf der Haut solche Veränderungen zu stande kommen, welche mit dem Namen Psoriasis allbekannt sind. Diese Annahme natürlich ist auch noch nicht bestimmt erwiesen sowohl bezüglich der Lokalisation als auch bezüglich der Qualität der Nervenveränderungen. In den meisten Fällen spielt die Heredität als häufigstes ätiologisches Moment eine Rolle. Aber jeder, der Gelegenheit hat, viele Psoriatiker zu beobachten, kann alsbald zu der Überzeugung gelangen, dafs die Anzahl jener Psoriatiker eine bedeutend geringere ist, bei denen die Heredität nachweisbar ist, sondern es giebt eine grofse Zahl von Psoriatikern, bei denen wir durch die emsigsten Nachforschungen nachweisen können, dafs ihre Psoriasis nicht ererbt, sondern erworben ist. Wenn wir nun von der eben supponierten Centralnervensystemveränderung ausgehen, so müssen wir nun gezwungener Weise für diejenigen Fälle, bei denen die Heredität ganz bestimmt ausgeschlossen werden kann, für deren Psoriasis ein solches ätiologisches Moment suchen, sei es klinisch, experimentell oder anatomisch, welches für die supponierten Centralnervensystemveränderungen eine einfache und ungezwungene Erklärung abgeben kann. In solchen Fällen daher, wo die direkte Vererbung der Psoriasis bestimmt ausgeschlossen werden kann, hilft sich die Theorie damit, dafs sie bei solchen Individuen eine ererbte Labilität des Nervensystems annimmt. Thatsächlich sind viele Beobachtungen vorhanden, wo bei Psoriatikern schwere anatomische Veränderungen des Centralnervensystems vorhanden waren; weiter wurden viele Psoriatiker beobachtet, die von degenerierten Familien abstammten. Tägliche Erfahrung lehrt aber auch, dafs wir mit viel mehr solchen psoriatischen Individuen zu thun haben, bei denen wir aufser dem Fehlen der direkten Vererbung auch eine Vererbung der Labilität des Centralnervensystems bestimmt ausschliefsen können. — Für derartige Fälle müssen natürlich andere ursächliche Momente gesucht werden und dies wäre auch die Syphilis. Bei grofsem Material mufs es viele Fälle geben, wo das syphilitische Virus ebensolche Veränderungen hervorrufen kann im Centralnervensystem, wo durch Reizung eines bestimmten Centrums, sei es funktioneller oder anatomischer Natur, eben die psoriatischen Veränderungen auf der Haut zu stande kommen. Für diese Annahme scheint sowohl der vorgestellte Fall als auch noch zwei andere Beobachtungen der letzten Jahre zu sprechen. — Fall I: Der 28jährige robuste Metalldrücker acquirierte im Jahre 1892 Syphilis, wurde durch 1½ Jahre mehrere Mal antisyphilitisch behandelt, und zwar symptomatisch. Nach 3 Jahren meldete sich der Kranke mit Kondylomen um den After und auf dem Scrotum. Nebst diesen bestand über den Knie- und Ellenbogengelenken typische Psoriasis, zerstreut einzelne Plaques auf dem Körper. Bei diesem war es sicher festzustellen, dafs er Psoriasis vor der Syphilisinfektion nicht hatte, so auch, dafs keine Heredität vorhanden war. Patient stammt von gesunder Familie, er selbst ist kräftig und gesund. — Fall II betrifft ein 9jähriges Mädchen, dessen Vater Syphilis durchgemacht hat. Bei dem Kinde sind manifeste Symptome nicht nachweisbar, blofs die Hutchinsonsche Zahnbildung läfst auf eine kongenitale Syphilis schliefsen. Der Vater giebt an, dafs vor diesem Kinde mehrere Abortus vorkamen,

der Vater selbst hatte Syphilis durchgemacht. Die Psoriasis trat bei dem Kinde am Anfange des 9. Lebensjahres auf. Familiäre Heredität sowohl bezüglich der Psoriasis als auch welcher Nervenerkrankungen ist sicher auszuschliefsen. — Fall III ist die demonstrierte 49jährige Patientin, die 29 Jahre verheiratet ist. Die ersten drei Kinder abortierte sie, das vierte Kind kam gesund zur Welt und starb im vierten Jahre. Das fünfte Kind lebt und ist gesund. Vor beiläufig 20 Jahren acquirierte sie angeblich eine extragenitale Infektion, und zwar in der Weise, dafs ihr Kind von einer anderen Frau einige Tage hindurch gesäugt wurde; sie bekam darauf eine Wunde von ihrem Kinde auf der linken Mamma und später ein fleckiges Exanthem. Der Arzt konstatierte sowohl beim Kinde als bei der Mutter Syphilis, beide machten eine Schmierkur durch. Dieses Kind lebt noch, hat im Jünglingsalter eine schwere Knochensyphilis durchgemacht (Verlust des Nasengerüstes). Nach diesem Knaben kam ein Mädchen, das jetzt 17 Jahre alt ist und auch an einem serpiginösen Syphilide leidet. Bei der Mutter besteht seit 5 Jahren ein Ausschlag auf der rechten oberen und unteren Extremität, so auch im Munde; vor 4 Jahren trat ein schuppender Ausschlag auf den Knien und Ellenbogen auf. Derzeit besteht auf beiden Backenschleimhäuten und auf der Zunge Leukoplakie, auf dem rechten Unterarme und auf dem rechten Oberschenkel ein ausgebreitetes, von Papeln zusammengesetztes serpiginöses Syphilid. Über den Ellenbogen und Knien typische Psoriasis-Plaques von Handtellergröfse. Patientin negiert auf das Bestimmteste, dafs in ihrer Familie eine ähnliche Erkrankung vorgekommen wäre, nervöse Belastung ist auch ausgeschlossen. — Vortragender will von diesen einigen Fällen bestimmte Konklusionen nicht machen, es ist auch möglich, dafs bei diesen Fällen beide Prozesse blofs nebeneinander waren; es scheint ihm aber doch wahrscheinlicher, dafs zwischen der Syphilis und der Psoriasis daselbst ein kausaler Zusammenhang bestanden hat. Es wird wohl hoffentlich in der Zukunft gelingen, die sogenannte „Prädisposition" aus der Nomenklatur in der Pathologie zu elimieren, sobald die Untersuchungsmethoden soweit entwickelt sein werden, dafs wir entweder auf dem bakteriellen oder anatomischen Wege nachweisen werden können, in was eigentlich diese sogenannte „Prädisposition" besteht. Ob nun das syphilitische Virus funktionelle oder anatomische Störungen verursacht, ob das sekundäre oder tertiäre Stadium auf die Entwickelung der Psoriasis einen Einfluls hat, warum wir nur bei einzelnen der vielen Syphilitiker Psoriasis vorfinden; dieses kann natürlich nur durch exakte klinische oder anatomische Untersuchungen festgestellt werden, hier soll nur noch einmal auf diese Befunde hingewiesen werden.

Róna bemerkt nun, dafs über den kausalen Connexus dieser beiden Erkrankungen bereits früher die Frage aufgeworfen wurde, seiner Ansicht nach existiert zwischen beiden kein Zusammenhang, das Ganze ist blofs ein Zufall.

Havas teilt diese Frage in zwei Teile. In erster Linie ist er auch der Meinung, dafs zwischen beiden Prozessen kein Zusammenhang ist, er nimmt blofs eine hereditäre Prädisposition für die Psoriasis als ätiologisches Moment an. In zweiter Linie darf auf die Anamnese kein Gewicht gelegt werden, denn erst vor nicht langer Zeit hatte er eine Psoriasiskranke, die jede hereditäre Prädisposition negierte, und zufällig bemerkte er auf der Hand des sie begleitenden Vaters Psoriasisplaques. Bei seinem grofsen Materiale hatte er noch nie Psoriasis nach Syphilis sich entwickeln sehen.

Alpár erwidert, nachdem die Ätiologie der Psoriasis noch gar keine bestimmte Grundlagen hat und nachdem zweifellos bei Syphilitikern auch Psoriasis vorkommt (es wurden ja in dieser Gesellschaft bereits welche Fälle demonstriert), bleibt die Frage in diesen Fällen, wo man jedwedes ätiologische Moment ausschliefsen kann,

noch diskutierbar. Die Psoriasis wäre in diesen Fällen als eine postsyphiltische Erkrankung aufzufassen, hervorgerufen durch die Reizung eines centralen Nervenganglion.

4. **Ein Fall von Cornu cutaneum auf lupöser Basis,** von S. Róna. Der 21jährige Patient leidet seit seinem 13. Lebensjahre an Lupus. Derselbe erstreckt sich auf das ganze Gesicht und Hals, das ganze Gesicht bildet eine diffuse rote Narbe. Seit einem Jahre besteht auf der rechten Gesichtshälfte in der Richtung des Kieferrandes eine verhornte Neubildung, deren Basis auf narbigem Lupusgewebe haftet. Das ganze Gebilde hat die Gröfse und die Dicke der letzten Phalanx eines Daumenfingers. Es besteht das typische Bild eines Cornu cutaneum.

5. **Einen Fall von Lichen scrophulosorum** (?) stellt Bruckmayer vor, der auf der Abteilung von Róna in der ersten Zeit als lichenoides Syphilid aufgefafst wurde, und zwar aus folgenden Gründen. Ein 13jähriges Mädchen hatte vor Wochen resp. Monaten eine Mandelaffektion durchgemacht, auf welche baldigst auf beiden Halsseiten die Drüsen sich bedeutend vergröfserten, von denen eine auch vereiterte. Kurz vorher wurden ihr beide Tonsillen genommen. Einige Wochen nachher trat ein Exanthem auf dem ganzen Körper auf, und zwar auf dem Nacken und Thorax einzelnstehende, mit rotem Hof umgebene hirsekorngrofse Knötchen und Bläschen. Auf beiden Thoraxseiten, Bauch und die ganze Gegend des Mons veneris sind mit aus stecknadelkopfgrofsen Knötchen zusammengesetzten Plaques besetzt. Auf den Extremitäten sind die Knötchen blofs dispers. Beide Labien etwas gedunsen, die Innenflächen mit zahlreichen perifollikulären Exkoriationen besät. Beide Tonsillen, hauptsächlich die rechte hypertrophiert, auf mehreren Stellen gelbeitrig. Der Fall wurde als Lues aufgefafst, die Infektion ausgehend von der Tonsille. Für diese Annahme hat auch der therapeutische Effekt insofern gesprochen, indem das anämische Mädchen im Verlaufe der Inunktionskur bedeutend an Gewicht zunahm, die Drüsenschwellungen sich zurückbildeten und ein Teil des Exanthems verschwand. In Anbetracht dessen aber, dafs während der ganzen Beobachtungszeit sonstige luetische Zeichen sich nicht meldeten, frische Eruptionen kamen und die Perifollikulitiden nicht konfluierten, scheint die Diagnose eine irrige und blofs ein Lichen scrophulosorum vorhanden zu sein. Gerade solche Fälle bieten oft diagnostische Schwierigkeiten.

Róna bemerkt, dafs das Bild, welches die Patientin bei der Aufnahme zeigte, mehr einem Lichen scrophulosorum ähnelte. Die Drüsenschwellungen aber sind angeblich akut aufgetreten, so auch das Exanthem, und zwar in der Zeit, in welcher die syphilitische Eruption aufzutreten pflegt und diese trat nach einer Mandelaffektion auf, welche als Sklerose imponierte. Nebstdem waren regressive Erscheinungen vorhanden, die grofse Zahl der vesiko-pustulösen Efflorescenzen sprach auch eher für Syphilis. Auf Grund dieser Erscheinungen wurde eben die Einreibungskur verordnet. R. hält den Fall nun für einen Lichen scrophulosorum. — Havas glaubt, es könnten beide Prozesse vorhanden gewesen sein.

6. **Einen Fall von Erythema nodosum und Lues recens bei einem Individuum** stellt Huber vor. Dieser Fall ist der fünfte auf der Abteilung von Róna, in den übrigen drei Fällen war auch Erythema nodosum, in einem Falle Erythema multiforme mit Syphilis kombiniert. Huber fafst diese Fälle als durch die Syphilis den abgeschwächten Organismus prädisponierende Gelegenheitserkrankungen auf.

7. **Ein Fall von Tuberculosis perinei,** von Csillag. Der 29jährige Patient machte vor circa $^3/_4$ Jahren eine Periproctitis durch, worauf sich sein jetziges Leiden entwickelte. Die Perianalgegend rechterseits ist in der Fläche eines Handtellers cyanotisch verfärbt. Daselbst sind bis thalergrofse, wuchernde, mit Eiter belegte Granulationen vorhanden, welche sehr leicht bluten. In der Peripherie sind linsen-

bis bohnengroſse scharfumschriebene Granulationsplaques, in die die Sonde sehr leicht eindringt und sehr leicht Blutungen hervorruft. In der Analöffnung an Stelle des periproktealen Abscesses befindet sich eine stecknadelgroſse Öffnung, aus der sowohl spontan als auch auf Druck dicker Eiter sich entleert. Auf der rechten Seite entsprechend der Cooperschen Drüse, ist eine im Unterhautzellgewebe haselnuſsgroſse, etwas fluktuierende Infiltration. Die Prostata und Samenbläschen sind normal. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters konnte wegen der Verunreinigung kein bestimmtes Resultat ergeben. Hereditäre Belastung kann nicht nachgewiesen werden, ebenfalls Lues. — Bekanntlich können die in der Tiefe liegenden tuberkulösen Prozesse, wenn dieselben auch auf die Haut übergreifen, daselbst lupöse Formen hervorrufen. In diesem Falle wurde die Periproctitis mit lupusähnlichen Granulationsgeschwüren komplixiert. Gegen Lues spricht das morsche, leicht blutende Gewebe der Plaques, auſserdem das stationäre Verhalten während einer zweimonatlichen lokalen Behandlung mit Quecksilberpflaster, so auch die fortbestehende Fistelbildung.

A. Alpár-Budapest.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 48, Heft 3. 1899.

I. **Über eine eigentümliche Form von Jodexanthem an der Haut und an der Schleimhaut des Magens,** von I. Neumann-Wien. Der Verfasser giebt zunächst einen kurzen Überblick über die Litteratur der Jodexantheme und teilt dann die Krankengeschichte eines Falles mit, der wegen der ungewöhnlichen Intensität des Jodexanthems und einer analogen Affektion der Magenschleimhaut groſses Interesse erheischt, zumal ein durch die Sektion konstatiertes Exanthem im Magen nach internem Jodkaliumgebrauch in der Litteratur bisher nicht verzeichnet ist. — Ein 30jähriger Glasbläser wurde am 13. März 1898 in bewuſstlosem Zustande in das Spital der Barmherzigen Brüder gebracht. Die Allgemeinerscheinungen, rechtsseitige Hemiplegie, Facialisparese und Sprachstörungen deuteten auf eine Haemorrhagia cerebri sinistra hin. Der Patient fieberte stark. In den nächsten Tagen bekam er Jodkalium intern. Bald darauf traten in der linken Gesichtshälfte von der Nasenspitze bis hinter das Ohr einzelne blatternartige Pusteln auf, später zwei über Erbsengröſse an der Stirn. Die Pusteln hatten weiſslichtrüben, eiterigen Inhalt und trockneten allmählich ein. Am 8. April hatte sich die Hemiplegie bedeutend gebessert, die Pusteln waren ohne Narben verschwunden. Am 15. April brach das Exanthem im Gesichte wieder aus, eine Pustel zeigte sich an der linken Hand. In den folgenden Tagen vermehrten sich die Pusteln, weshalb der Patient in die Hautklinik des Verfassers aufgenommen wurde. — Am 20. April zeigte der Patient folgenden Status der Hautaffektion: „Im Gesichte erbsengroſse bis thalergroſse, elevierte, blasenartige Efflorescenzen mit macerierter weiſslichgrauer Epidermis, die gröſseren haben eine braune Borke und sondern klares Serum ab; aus der Mitte prominieren weiche, schmutzig-graubraune oder dunkelrot gefärbte Wucherungen. Der periphere blasenartige Wall ist von einem hellroten Hofe begrenzt. Die kleinsten und jüngsten Efflorescenzen von Hanfkorngröſse zeigen central einen stecknadelkopfgroſsen Eiterpunkt. Das ganze linke untere Augenlid, auf die Wange übergreifend, nimmt eine

aus zwei über guldenstückgroſsen konfluierenden Efflorescenzen gebildete Geschwulst ein, welche in der Mitte zerfallen ist und in der Peripherie von einem scharf umschriebenen, wallartig aufgeworfenen Rande begrenzt ist; fast ebenso groſse Efflorescenzen finden sich über dem Jochbein, zwischen den Augenbrauenbogen und eine etwa kronengroſse in der Medianlinie der Oberlippe, sämtlich etwa ¼ cm eleviert, der Rand steil, mit weifs macerierter Epidermis, die Mitte nicht exulceriert. An der Stirn, Wange, Kinn sieht man spärliche, kaum hanfkorngroſse, hellgerötete Knötchen, central bereits eine punktförmige Pustel tragend, an den Nasenflügeln beiderseits zerfallene Efflorescenzen, Nasen- und Mundschleimhaut, Brust und Rücken frei, am linken Handrücken vier linsengroſse, in der Mitte dellig vertiefte Pusteln. Die Peripherie weit hellgerötet. Cervical-, Submaxillar-, Inguinaldrüsen nicht vergröſsert." Die Hautaffektion nahm in den folgenden Tagen an Ausdehnung zu. Unter Ödemen, Kräfteverfall, urämischen Erscheinungen starb der Patient am 5. Mai 1898. — Die von Prof. Kolisko vorgenommene Sektion ergab als Diagnose: „Morbus Brightii subacutus cum hypertrophia cordis et arteriarum. Haemorrhagia duplex cerebri sinistra. Bronchoblennorrhoea crouposa. Enteritis uraemica. Exanthema medicamentosum faciei, manuum, pedum, ventriculi". — Der Magenbefund war folgender: „Magen kontrahiert, auffallend dickwandig, die Schleimhaut des Fundus schiefergrau verfärbt, gequollen. Die ganze Regio pylorica bis in den Pylorus in ein die Muscularis bloſslegendes Geschwür umgewandelt, an welchem noch Reste eines nekrotischen, galliggelb imbibierten Gewebes in Form von flottierenden Fetzen haften. Am Rande dieses Geschwüres ringsum gegen die schiefergraue Schleimhaut abgegrenzt, zahlreiche linsen- bis bohnengroſse, beerenartige und bläschenartige Efflorescenzen sitzend, deren Oberfläche etwas gallig imbibiert ist und von denen die gröſseren sich in flache Geschwüre mit erhabenen, wie proliferierenden Rändern umgewandelt haben; auch an einigen Falten gegen den Fundus ventriculi zu mehrere kleine solche Bläschen sitzend."

II. **Zur Kenntnis der elephantiastischen und ulcerativen Veränderungen des äuſseren Genitales und Rectums bei Prostituierten,** von Victor Bandler-Prag. Verfasser hatte Gelegenheit, an der Station für Prostituierte und venerisch erkrankte Frauen ein reiches Material durch längere Zeit hindurch zu beobachten. Die ulcerativ elephantiastischen Veränderungen, denen namentlich ältere, ihrem Beruf schon viele Jahre ergebene Prostituierte anheimfallen, sind durch torpide, tiefgreifende Zerstörungen mit hyperplastischer Neubildung charakterisiert und lokalisieren sich mit Vorliebe: 1. an der Urethra; 2. an der hinteren Kommissur; 3. ad anum; 4. am äuſseren Genitale. Je nach dem Sitze zeigen sie verschiedene Formen, zu deren Illustrierung Verfasser aus seinem reichem Krankenmaterial eine Anzahl prägnanter Krankengeschichten mitteilt. — Die Ursache dieser ulcerativ elephantiastischen Veränderungen am Genitale und Rectum sind viel weniger Traumen und Reize oder blennorrhoische Erkrankungen als, wie Rille vielfach beobachtet hat, schwere Formen der Lues. — Für die syphilitische Natur sprechen folgende Momente: 1. Neben den elephantiastisch ulcerativen Veränderungen am Genitale finden sich fast stets floride oder abgelaufene syphilitische Erscheinungen, zu denen auch die Rectalstrikturen zu zählen sind; 2. kann man vielfach die Erkrankungen vom Primäraffekte bis zur Entstehung der Affektion beobachten; 3. finden sich Fälle, bei denen wir keine Mitbeteiligung der Lymphdrüsen antreffen; 4. hat die antiluetische Behandlung einen entschieden günstigen Einfluſs auf den Prozeſs. — Verfasser betont jedoch ausdrücklich, daſs die Lues nur die primäre Ursache dieser Veränderungen ist, zu deren Ausgestaltung die schlechten Cirkulationsverhältnisse der Lymphbahnen, Traumen und Reize in bedeutendem Maſse beitragen.

III. **Zur Kenntnis der blennorrhoischen Gelenks- und Nervenerkrankungen,** von Rudolf Bloch-Prag. Der Verfasser teilt ausführlich die Krankengeschichte eines Falles mit, der an Urethritis acuta litt, am 17. Krankheitstage von heftigen lancinierenden Schmerzen längs der Mitte der vorderen Fläche des rechten Oberschenkels befallen wurde, ferner über Schmerzen, die zur Innenfläche des Oberschenkels hinzogen und sich bei Bewegung vermehrten, klagte. Gleichzeitig verschlimmerte sich unter schmerzhaften Erektionen und Pollutionen die Blennorrhoe. Vier Tage später stellten sich neben Fieber die Allgemeinerscheinungen einer Infektionskrankheit ein. Es bestand kontinuierlicher Schmerz in der rechten unteren Extremität. Zu Beginn der dritten Krankheitswoche gesellten sich zu den Schmerzen in der Mittellinie des Oberschenkels Schmerzen in der Bahn des Nervus ischiadicus dexter hinzu. Die aktive Beweglichkeit des Beines war ganz aufgehoben, die passive stark herabgesetzt. Darreichung von Salicyl erwies sich als nutzlos. In der fünften Krankheitswoche griff der Prozeſs auch auf die linke Extremität über. An beiden Extremitäten entwickelte sich eine beträchtliche Atrophie der Muskulatur, namentlich der Extensoren, rechts stärker als links. Das Hüftgelenk zeigte geringe, das Kniegelenk besonders rechts stärkere entzündliche Schwellung. Die Funktionsfähigkeit der Extremitäten restituierte sich auf der linken Seite rasch, auf der rechten nur sehr langsam. Erst nach vier Monaten erfolgte vollständige Heilung beider Extremitäten. — Es unterliegt keinem Zweifel, daſs es sich um eine in zeitlichen Zwischenräumen entstandene Entzündung beider Kniegelenke, sowie des rechten Hüftgelenkes gehandelt hat. Gleichzeitig weisen jedoch zahlreiche charakteristische Erscheinungen auf eine neuralgische, beziehungsweise neuritische Erkrankung hin. — Nach der Anamnese und den klinischen Erscheinungen würde die Diagnose lauten: „Urethritis acuta anterior et posterior, Lymphadenitis subacuta dextra blennorrhoica, Coxitis dextra et Gonitis bilateralis blennorrhoica. Polyneuritis blennorrhoica extremitatis inferioris lateris utriusque." — Der Nachweis eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen Blennorrhoe einerseits und der Arthritis und Polyneuritis andererseits aus der bakteriologischen Untersuchung gelang nicht, da dieselbe ein völlig negatives Resultat ergab. — Die Therapie bestand im akutesten Stadium lokal in der Lagerung der kranken Extremität in einem Petitschen Stiefel und Applikation zunächst eines Eisbeutels, später von feuchtwarmen, im weiteren Verlaufe von heiſsen Leinsamenumschlägen. Auf die schmerzhaften Gelenke wurde Jodsalbe oder Ichthyolsalbe eingerieben. Gegen die intensiven Schmerzen wurden Morphiuminjektionen angewandt. Im Stadium decrementi kamen Massage, Elektricität, warme Bäder zur Anwendung.

IV. **Vier Fälle von extragenitalem weichen Schanker,** von J. Csillag-Budapest. Fall 1 betraf einen 40jährigen Tagelöhner mit multiplen Schankern des Penis und des Hodensackes. An der Stelle einer Quetschwunde am linken Ringfinger entwickelte sich etwa 14 Tage nach der Aufnahme des Patienten ein typischer Schanker mit rotem breiten Hofe, zerfressenen, unterminierten Rändern und mit gelblichem Belag. Linke Cubital- und Axillardrüsen geschwollen. — Fall 2 zeigte Phimosis, starken eitrigen Ausfluſs aus dem Vorhautsacke, am Rande der Vorhaut vier bis hellergroſse, mit gelblichem Eiter belegte, teilweise unterminierte Geschwüre mit weicher Basis. Leistendrüsen bohnengroſs. Die Haut zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand lebhaft rot, mäſsig geschwollen und schmerzhaft, in der Mitte ein erbsengroſses, gelblich belegtes, mäſsig eiterndes, unterminiertes Geschwür. — Die mikroskopische Untersuchung des Detritus wie des gleich darauf excidierten Handgeschwüres ergab Ducrey-Unnasche Bacillen in groſser Zahl. — Fall 3 zeigte Phimosis, auf der inneren Vor-

hautlamelle der Eichel zahlreiche linsengroſse, belegte, zerfressene, sehr schmerzhafte Geschwüre. Über dem zweiten Phalangealgelenke des rechten Mittelfingers sieht man ein unregelmäſsig begrenztes, ausgebuchtetes, nagelgroſses Geschwür mit unterminierten Rändern, mit gelblichem, schwer abhebbaren Belage. Rechte Cubital- und Axillardrüse geschwollen, nicht schmerzhaft. Ketten von typischen Unnaschen Streptobacillen bestätigen die Diagnose. — Fall 4 zeigt auſser einem typischen weichen Schanker in der Vorhaut über der ersten Phalange des rechten Zeigefingers eine bohnengroſse, mit gelblichem Eiter gefüllte Blase, nach deren Entfernung ein ebenso groſses, mit gelblichem Belage bedecktes, von einem dunkelroten Hofe umgebenes, ziemlich oberflächliches Geschwür mit wurmstichigem Grunde zum Vorschein kommt. Rechte Cubitaldrüse geschwollen und schmerzhaft. Unter dem Mikroskope waren in dem Detritus vom Fingerschanker typische Unnasche Streptobacillen in spärlicher Zahl zu sehen.

V. **Vaccina generalisata und deren Pathogenese**, von Alex. Haslund-Kopenhagen. (Schluſs.) Was die Häufigkeit der Vaccina generalisata betrifft, so liegen statistische Daten, die Anspruch auf Genauigkeit machen können, nicht vor. Verfasser hat sich an die königliche Vaccinationsanstalt in Kopenhagen gewendet, um durch sie zu erfahren, wie viele Fälle von Generalisation zu ihrer Kenntnis gekommen sind. Das von J. Bondesen dem Verfasser zur Verfügung gestellte Material bietet jedoch keine absolute Sicherheit in Bezug auf die überhaupt vorkommende Anzahl der Fälle, da ja gerade die aberranten Blasen oft erst nach dem achten Tage auftreten, an welchem die Geimpften besichtigt werden, und wahrscheinlich am Körper zerstreute Blasen von der Mutter übersehen oder nicht beachtet oder absichtlich verschwiegen werden. — Bondesens Angaben umfassen einen Zeitraum von 1888 bis 1898, in welchem 39915 Kinder geimpft sind. Bei diesen sind nur vier Fälle von Vaccina generalisata zur Kenntnis des Arztes gekommen. Von den Distriktärzten des ganzen Landes sind bei 170576 Impfungen aus den Jahren 1893 bis 1897 drei Fälle beobachtet worden, die nicht einmal ganz einwandfrei sind. — Die Prognose der Krankheit ist in der Regel eine gute. Doch werden in der Litteratur vereinzelte Fälle beschrieben, wo die generalisierte Vaccine den Tod herbeigeführt hat. — Die Behandlung muſs eine vorwiegend symptomatische sein. Bei Jucken ist Puder anzuwenden. Ulcerationen infolge von Kratzen sind mit indifferenten Salben zu bedecken. Prophylaktisch sollte man Kinder, die an einer Hautkrankheit leiden, nicht impfen. — Im folgenden teilt Verfasser die Krankengeschichte derjenigen Fälle mit, welche er selbst beobachtet hat und die vom Lande aus zu seiner Kenntnis gelangt sind. Jedem einzelnen Falle sind kurze epikritische Bemerkungen beigefügt und die Gründe angeführt, weshalb Verfasser die Generalisierung nicht als eine Autoinokulation, sondern als ein Zeichen einer allgemeinen Infektion mit spontanem Ausbruch von Blasen ansieht.

VI. **Über Exantheme bei Blennorrhoe**, von A. Buschke-Berlin. Verfasser teilt aus der Litteratur diejenigen Fälle mit, bei welchen es im Verlaufe der Blennorrhoe zu Hyperkeratosenbildung gekommen ist und wirft noch einmal einen zusammenfassenden Rückblick auf die in Verbindung mit der Blennorrhoe auftretenden Hautaffektionen. Die äuſsere Form derselben ist eine auſserordentlich mannigfaltige. Man sieht einfache Erytheme, Papeln, tiefere, dem Erythema nodosum ähnliche Infiltrate, Blasenbildung, Blutungen und übermäſsige Verhornungen. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um einheitlich gestaltete Ausschläge, doch sieht man auch Exantheme mit polymorphem Charakter. Im allgemeinen entwickeln sich die Exantheme rasch, während der weitere Verlauf sehr mannigfaltig ist. Einzelne Exantheme verlaufen mit völlig normaler Temperatur, andere unter hoher Temperatursteigerung. Der Fiebertypus kann sehr verschiedenartig sein, schneller Anstieg, kritisches oder lytisches

Absinken. In einem vom Verfasser und einem anderen von Welander beobachteten Falle ähnelte der Fieberverlauf aufserordentlich dem der Malaria mit ihrem intermittierenden Charakter. — Die Frage, wie man sich das Zustandekommen der im Verlaufe der Blennorrhoe entstandenen Hautausschläge erklären solle, beantwortet Verfasser dahin, dafs die Exantheme mit wenigen Ausnahmen in direkter ätiologischer Beziehung zur Grundkrankheit stehen, dafs sie zu stande kommen durch Einschleppung des blennorrhoischen Giftes in die Blutbahn. Es bleibt nur die Frage übrig, ob die Exantheme sich entwickeln durch Verschleppung der Gonokokken oder der Toxine in die Haut, analog anderen toxischen Erythemen. Bisher ist es nicht gelungen, Gonokokken in den Hauteruptionen nachzuweisen. Dagegen sind für die Annahme, dafs die Toxine und Proteine der Gonokokken Entzündungen bewirken können, durch die experimentellen Untersuchungen von Wassermann, Schäffer, Christmas Anhaltspunkte gewonnen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band X, Heft 6.

Prostata und Blennorrhoe, von Goldberg. Nach allgemeinen Bemerkungen über die Häufigkeit der Prostatitis bei Blennorrhoe teilt Verfasser mit, dafs die Diagnose nur durch Rectalpalpation und Sekretuntersuchung zu stellen sei, da die Symptome sehr verschiedene seien. Verfasser bespricht sodann die Differentialdiagnose für die Palpation vom Rectum aus, die häufig auch bei Prostatitis keine Veränderung für den fühlenden Finger ergiebt. Bedeutend wichtiger ist die Sekretuntersuchung, die mikroskopisch bei Erkrankung auch in leichten Formen stets reichliche Vermehrung der Leukocyten ergiebt; makroskopisch ist oft zu beachten, dafs das Sekret der erkrankten Prostata nicht eine homogene Emulsion darstellt, sondern eine Aufschwemmung ungleichmäfsiger, verschieden verteilter körperlicher Elemente. Der post expressionem gelassene Urin ist bei Prostatitis trüb-flockig-fädig. Verfasser bespricht nun die einzelnen Formen der Prostatitis bei erkrankter Harnröhre. Man findet bei akuter Blennorrhoe eine parenchymatöse oder abscedierende Form, ferner eine interstitielle oder follikuläre Form, bei der die Drüse enorm geschwollen ist; diese Form kommt auch als partielle Prostatitis vor. Bei akuter und chronischer Blennorrhoe kommt eine endoglanduläre Form vor, die durch Palpation nicht zu erkennen ist, deren Sekret aber reichlich ist und oft viele Epithelien enthält; endlich die scheinbar häufigste Form, die chronische interstitielle Urethroprostatitis, bei der Heilung möglich, aber selten ist. Verfasser stellt sich praktisch auf den Standpunkt, dafs die Gonokokkenbeseitigung die Hauptsache ist; sind dieselben nicht mehr vorhanden, so kann ruhig eine mäfsige Leukocytenabsonderung aus der Prostata bestehen bleiben. Im allgemeinen gilt die Häufigkeit des Gonokokkenbefundes nur für die ersten Monate, später findet man sie seltener (es haben dann auch meist wieder Kohabitationen stattgefunden); sie scheinen in der Prostata zu Grunde zu gehen. Therapeutisch empfiehlt Verfasser vor allem die Massage, die er in Rückenlage des Patienten vornimmt; daneben Behandlung der hinteren Harnröhre mit Dehnungen etc., aber nie in gleicher Sitzung. Über die Reihenfolge und die Ausdehnung der Behandlung von Prostata oder Harnröhre mufs man sich für jeden einzelnen Fall einen Plan machen; sind die Gonokokken definitiv fort, so soll man nicht Neurastheniker züchten, indem man ewig die kranke Prostata behandelt. *F. Hahn-Bremen.*

The British Journal of Dermatology.
Mai 1899.

I. **Ein Fall von Urticaria pigmentosa,** von Brongersma-Amsterdam. Der Fall, der im Charing Cross Hospital zur Beobachtung kam, betrifft einen 18jährigen Arbeiter. Die ersten Anzeichen des Ausschlages wurden bemerkt, als der Patient 6 Wochen alt war. Damals brachen zuerst auf dem Kopfe, später am ganzen Körper weifse „Blasen" mit roten Rändern aus, die zwar starkes Jucken verursachten, aber die Gesundheit des Kindes sonst in keiner Weise beeinträchtigten. In 2—3 Wochen wurden die „Blasen", die niemals Feuchtigkeit enthielten, flach, nahmen eine bräunlichrote Farbe an und verschwanden nach kurzer Zeit. Der ersten Eruption folgten später zahlreiche, zumeist nur wenige Tage andauernde Attacken nach. Die Haut des Patienten bekam mit der Zeit ein leopardenartiges Aussehen. Gegenwärtig zeigt der hübsche, gesunde, gut entwickelte Knabe mit Ausnahme der Kopfhaut, Ohren, Augenlider und Handteller den ganzen Körper bedeckt mit bräunlich-roten, verschieden grofsen, stellenweise konfluierenden Plaques, welche leichtes Jucken verursachen. Gleichzeitig besteht Urticaria factitia. Von besonderem Interesse in dem vorliegenden Falle ist, dafs eine grofse Zahl von Plaques namentlich am Rücken, an den Armen und Beinen deutlich ausgesprochene, oberflächliche, atrophische Narbenbildung mit folgenden charakteristischen Merkmalen zeigt: Im Centrum sieht man eine schwache, mehr oder minder cirkuläre, weifsglänzende Vertiefung, welche leichter faltbar ist als der erhabene, mit ihr scharf kontrastierende Rand. Die Thatsachen, dafs die oberflächlichen Narben nur im Centrum der Plaques, sonst nirgends auf der gesunden Haut zu sehen sind, dafs Blasen und Bläschen, welche zu Ulcerationen hätten Anlafs geben können, niemals aufgetreten sind, dafs keinerlei Ulceration mit dem Resultate der Narbenbildung jemals beobachtet worden ist, läfst den Zusammenhang dieser mit der Krankheit selbst als sehr wahrscheinlich erscheinen. Die Narbenbildung würde das Resultat regressiver Veränderungen in den Flecken darstellen. In der Litteratur wird nur noch ein Fall von Hallopeau beschrieben, wo Narbenbildung der Efflorescenzen ein konstantes Merkmal der Krankheit bildete. — Verfasser teilt das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Die hervorstechendste Erscheinung im histologischen Bilde war die grofse Zahl von Mastzellen, welche über das ganze Corium und das subcutane Gewebe verbreitet waren und sich namentlich um die Blutgefäfse, Haarfollikel, Schweifsdrüsen und Ausführungsgänge gruppierten. Aus seinen Befunden und der Vergleichung derselben mit denen anderer Autoren stellt Verfasser folgende wichtige Thatsachen fest: 1. Sowohl die scheinbar normale Haut wie die Stellen, an denen sich Quaddeln befinden, enthalten Mastzellen. 2. In den Urticariaquaddeln findet man Mastzellen in typischer Weise um die Gefäfse, Haarfollikel, Schweifsdrüsen und Ausführungsgänge angeordnet. 3. Diese Massen von Mastzellen entstehen gleichzeitig mit den Quaddeln und waren vorher nicht da. 4. Die Mastzellen können nicht durch Proliferation vorher existierender Mastzellen noch durch Proliferation anderer in Mastzellen umgewandelter Zellen entstanden sein. 5. Die Mastzellen können nicht aus dem Blute kommen. — Verfasser glaubt, dafs die Mastzellen vor der Quaddelbildung existierten und als eine Folge des rapiden Ödems und anderer mit der Quaddelbildung zusammentreffender Veränderungen aus den Geweben in der Nachbarschaft, wo sie schon in grofser Zahl vorhanden waren, fortgeschwemmt worden sind. Die erste Ursache der Urticaria pigmentosa ist nicht eine kongenitale, verstärkte vasomotorische Reizbarkeit der Haut, sondern eher eine angeborene, erhöhte Tendenz der Bindegewebszellen, sich in Mastzellen umzuwandeln bei Personen, welche Urticaria pigmentosa aufweisen, sodafs die Urticariaquaddel nur ein sekundäres Symptom ist. — Verfasser schliefst sich der Ansicht Unnas an, dafs die Urticaria pigmentosa zu

den Stauungsgeschwülsten zu zählen sei und möchte sie mit „Hypergranulosis urticans pigmentosa“ bezeichnen.

II. **Recidivierendes, desquamatives, scarlatiniformes Erythem**, von H. R. Crocker-London. Verfasser beschreibt zwei Fälle dieser seltenen Affektion. Fall 1 betrifft eine 31jährige Krankenwärterin, welche bei ihrer Aufnahme zum fünften Male an einer allgemeinen, exfoliativen Dermatitis litt. Das Gesicht war von tiefroter Farbe, am stärksten an der Stirn, wo die Desquamation weniger ausgesprochen war als an den Wangen, welche dick mit Schuppen bedeckt sind. Die Lippen sind schwach befallen; die Zunge ist mit einem weifsen, dicken Belag bedeckt, zeigt aber keine prominierenden Papillen. Die vordere Fläche des Körpers ist ein wenig röter als normal und schuppt sich kleienförmig ab. Die Handrücken zeigen Desquamation in grofsen Lamellen, während die Handteller bis jetzt intakt geblieben sind. Die Oberschenkel schuppen sich kleienförmig, die Unterschenkel in grofsen Lamellen ab. Unter Lassarscher Paste ohne Salicyl äufserlich und Salicyl innerlich trat eine andauernde Besserung ein. Das Allgemeinbefinden der Patientin hatte nicht sehr gelitten. — Für die Ätiologie von Interesse ist, dafs die Krankheit das Alter zwischen 30—40 Jahren, und zwar häufiger Männer als Frauen befällt. Prädisponiert sind nach Brocq Leute mit trockener Haut, während im vorliegenden Falle die Patientin angiebt, dafs sie nach der ersten Attacke aufgehört habe zu schwitzen, sodafs hier die Trockenheit der Haut eine Folge, nicht eine Ursache der Krankheit wäre. — In einem Falle, den Verfasser bei einer Frau beobachtet hat, traten die Attacken von scarlatiniformem Erythema dreimal und zwar jedesmal im Anschlufs an die Geburt eines Kindes auf. — Vielleicht sind irgendwelche toxische Stoffe an dem Auftreten der Affektion schuld. Dafs gewisse Medikamente sie hervorrufen können, ist zweifellos.

III. **Die Ursache des Wiederauftretens der Pediculi vestimentorum nach scheinbar gründlicher Behandlung**, von W. A. Jamieson. Die gründliche Behandlung der Pediculi vestimentorum mit Bädern, Waschungen in Karbollösung, Sublimatlösung, Wechsel der Kleider erklärt nicht, weshalb die Patienten so häufig nach einiger Zeit wieder von dem Leiden befallen werden. Gelegentlich eines Falles, den Verfasser in Behandlung bekam, wurden bei der Patientin trotz wiederholter Karbolbäder und Wechsels frischer Wäsche noch einige Eier von Pediculi festhaftend an den Lanugohaaren entdeckt. Man kann daraus den Schlufs ziehen, dafs solche, durch die Behandlung nicht beseitigte und vielleicht noch lebensfähige Ovula den Ausgangspunkt für Recidive bilden können. Verfasser läfst deshalb zuerst den ganzen Körper der Patienten mit Paraffin einreiben und dann in Karbolsäurebädern gründlich baden. — Die Bezeichnung „Pediculi corporis“ scheint dem Verfasser geeigneter als Pediculi vestimentorum.

IV. **Bullöser Ausschlag nach Antipyrin bei einem Patienten mit Herpes zoster**, von Frank Deas. Ein 34jähriger, an Herpes zoster leidender Mann erhielt, weil er über Schmerzen klagte und ein wenig fieberte, 6 dg Antipyrin in einer Mixtur. Eine Viertelstunde später brach am ganzen Körper ein erythematöser, scharlachartiger Ausschlag aus. Der Patient schwitzte stark und fühlte sich schwach. Das Erythem begann nach einer halben Stunde abzublassen, die Haut zeigte viele blasse Stellen, besonders an den Extensoren der Beine, an der Vorderfläche des Stammes, des Halses und im Gesicht. Diese blassen Bezirke wurden nach und nach erhaben, bis nach drei Stunden Blasen von verschiedener Gröfse ihre Stelle einnahmen. Den Höhepunkt erreichte der Ausschlag fünf Stunden nach dem Einnehmen der Medizin. Nach Verlauf von acht Stunden war derselbe wieder vollständig verschwunden.

Juni 1899.

I. **Lichen annularis: Ein ringförmiger Ausschlag der Extremitäten,** von James Galloway. Der 10jährige, blasse, dürftig genährte Knabe hat in der Kindheit Masern, Scharlach, Keuchhusten gehabt. Vor drei Jahren wurde zum erstenmale der Ausschlag bemerkt. Ob nicht schon früher Anzeichen desselben vorhanden waren, liefs sich nicht eruieren. Charakterisiert ist die Affektion durch blasse, elfenbeinartige, glatte, erhabene Ringe, innerhalb deren die Haut bei genauer Besichtigung die Zeichen von Atrophie zeigt. Befallen sind einzelne Finger der rechten und linken Hand. — Der Verfasser beschreibt das Resultat der mikroskopischen Untersuchung. Aus derselben ergiebt sich, dafs der Patient an einer chronisch entzündlichen Krankheit der oberen Cutisschicht leidet, vergesellschaftet mit Vermehrung des darüberliegenden Epithels, beginnend als ein Knötchen, peripher sich ausbreitend und im Centrum abheilend ohne Vereiterung oder irgend eine Form von Degeneration. Die Affektion hat die Eigentümlichkeit, die Dorsalfläche der Phalangen in der Nachbarschaft der Gelenke zu befallen. Die Natur und die Verteilung der entzündlichen Infiltration ähnelt sehr dem Lichen planus, während der Verlauf mehr an Hautzustände toxischen Ursprunges erinnert. Anzeichen von Lichen planus waren in dem vorliegenden Falle nicht vorhanden. — Im folgenden stellt der Verfasser aus der Litteratur die Krankengeschichten einer Anzahl von Fällen zusammen, welche mit vorliegendem Falle Ähnlichkeit haben.

II. **Bemerkungen über vermutliche Phlebitis und Lymphangitis bei sekundärer Syphilis,** von F. P. Weber-Dalston. Verfasser hat bei einem kräftigen jungen Manne mit intraurethralem, harten Schanker und einem ausgedehnten syphilitischen Exanthem eine deutliche Verdickung der Dorsalvenen des Penis und des oberen Teiles der Vena saphena interna auf beiden Seiten wahrgenommen. Irgendwelche Zeichen von Entzündung konnten längs der Gefäfse nicht entdeckt werden. Der Zustand, welcher Natur er auch immer sein mochte, verursachte dem Patienten keinerlei Beschwerden und war auch von keinen üblen Folgen begleitet. In einem Vortrage in der pathologischen Gesellschaft über „Scheinbare Verdickung der subcutanen Venen" hat Verfasser nachgewiesen, dafs in einer Anzahl von Hospitalkranken, namentlich Männern im Alter von etwa 30 Jahren, die oberflächlichen Venen, besonders die Vena saphena interna, sich anfühlen, wie wenn sie verdickt wären, und zuweilen unter dem Finger wie dünne solide Stränge hin und her gerollt werden könnten. Diese scheinbare Verdickung ist, nach Sektionsuntersuchungen zu urteilen, auf einen erworbenen Zustand in den Venen zurückzuführen, zweifellos dann besonders deutlich ausgeprägt, wenn die Längsbündel der glatten Muskelfasern, welche den inneren Teil der Tunica media bilden, zufällig mehr als gewöhnlich entwickelt sind.

III. **Pharmazeutische Notizen,** von H. Skinner. Die Präparate des Petroleum besitzen seit vielen Jahren einen unbestrittenen Ruf auf dem Gebiete der Dermatotherapie. Ihre einfettende, nicht austrocknende Eigenschaft scheint in vielen Fällen die Absorption von Medikamenten, namentlich wasserlöslichen, auf der Haut zu erleichtern. — Verfasser teilt einige Rezepte mit, in denen das Paraffinum liquidum zweckmäfsig zur Verwendung kommen kann. Dasselbe mufs farb- und geruchlos sein und die Konsistenz eines dünnen Syrups haben. — Als Reinigungs- und Reizmittel bei Haarkrankheiten dient: Paraffini liquidi 2,0, Olei Limonis 10,0. Mit einem Schwamme wird das Mittel nur auf die Haarwurzeln appliziert, hierauf der Kopf gut gebürstet. Stärker wirkt: Cantharidum 0,25, Paraffini liquidi 3,0, Olei Bergamotti gtts. XV. — Ist es wünschenswert Terpentinöl zu applizieren, so läfst sich dieses mit

Paraffinum liquidum sehr gut kombinieren: Olei Terebinthinae, Paraffini liquidi aa. — Ein vorzüglicher Cold Cream wird nach folgender Formel verschrieben: Adipis benzoati 120,0, Cerae albae 15,0, Cetacei 4,0, Boracis 2,0, Glycerin 4,0, Aquae Colonienais 75,0. *C. Berliner-Aachen.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1899. Heft 5.

Ein Fall von Syphilis hereditaria mit Reinfektion und tödlichem Ausgang, von Jullien und Thuvien. Neben der allgemeinen körperlichen und geistigen Minderwertigkeit bestand bei dem 22jährigen Patienten eine atrophische Haut, die namentlich am Stamm starke Pigmentanomalien aufwies. Die Beine sind mit alten Narben bedeckt. Die Nägel fehlen an sämtlichen Fingern und Zehen; an ihrer Stelle befindet sich eine von fibrösem Gewebe überzogene Einsenkung. Aufserdem gewahrt man noch Spuren einer langjährigen Glossitis sclerosa; auch neigt Patient leicht zu Blutungen der Nase. — Dieser Patient erwarb sich dann seine eigene Syphilis, die gleich recht schwer einsetzte. Gegen Quecksilber erwies er sich sehr unduldsam und eine hinzutretende Pneumonie machte seinem Leben ein rasches Ende.

Über Syphilis nasalis acquisita, von E. Blanc und Faussié. Die sekundäre Form der Nasensyphilis wird trotz ihrer Häufigkeit meistens übersehen, denn ihre Symptome sind nur geringfügig und unterscheiden sich nicht sonderlich von denen eines gewöhnlichen Katarrhs. Auch kann diese Rhinitis erythematosa ohne Behandlung wieder ausheilen. Bei ihr soll nur Stockschnupfen, aber kein Niesen vorkommen. Bei der rhinoskopischen Untersuchung findet man in den Nasengruben erythematöse Plaques und Hypertrophie der unteren Nasenmuschel; meistens sitzt die Affektion nur einseitig. — Die Rhinitis erythematosa wird von der Rhinitis ulcerosa abgelöst; bei dieser bestehen die objektiven Symptome in schwärzlichen Krusten, die den ulcerierten Teilen — namentlich auf der Nasenscheidewand — auflagern; die Geschwürsfläche selber ist von einer stark geröteten Zone umgeben. Reichliches Nasenbluten ist bei dieser Form nichts seltenes, während die subjektiven Störungen meistens nicht nennenswert sind. — Die tertiäre Nasensyphilis tritt in etwas ernsterer Weise auf. Entweder als eigenartige Ozaena — eine Folgeerscheinung der Knochensyphilis — oder auch als Gumma. In letzterem Falle schwillt die ganze Nase erst gleichmäfsig an, worauf dann die befallene Hälfte noch beträchtlich an Umfang zunimmt. Das Nasengumma ist schon häufig mit anderen Neubildungen verwechselt worden; in einer der von ihnen mitgeteilten Beobachtungen ist es auch den Verfassern begegnet. — Therapeutisch haben sich Kalomeleinspritzungen am besten bewährt; sie werden alle 10—20 Tage zu je 0,05 Kalomel wiederholt und — die Duldsamkeit des Kranken vorausgesetzt — nicht vor erfolgter Heilung abgebrochen. Von örtlichen Spülungen soll man wegen des geringen Nutzens und der grofsen Schmerzhaftigkeit absehen; Einpuderungen und Jodtinktur sind dagegen zu empfehlen. — Der Abhandlung sind sechs Krankengeschichten angefügt, von denen die erste die interessanteste ist, denn sie behandelt einen Nasenschanker. Leider ist nicht angegeben, wie gerade diese Lokalisation zu stande gekommen ist. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1899. Heft 5.

1. **Technik der Lithotripsie,** von Guyon. (Schlufs im nächsten Heft.)

2. **Prüfung der Durchgängigkeit der Nieren durch Injektion von Methylenblau bei den chirurgischen Affektionen der Nieren,** von Albarran und

Bernard. Die Verfasser haben in verschiedenen Fällen von Pyonephrose, Hydronephrose, Tuberkulose der Nieren, reflektorischer Polyurie, einseitigen Neoplasmen der Niere, endlich bei drei Kranken, bei denen je eine Niere wegen Tuberkulose entfernt worden war, nach der Achard-Castaigneschen Methode Einspritzungen von Methylenblau in einen Oberschenkel oder in eine Hinterbacke gemacht, um nach der Art und Weise der Ausscheidung des Methylenblau die Durchgängigkeit der Nieren in den untersuchten Fällen beurteilen zu können. Da die Durchgängigkeit der Nieren für verschiedene Substanzen vollkommen verschieden ist, so läfst der Ausfall der Methylenblauprobe keinen sicheren Schluſs auf die Durchgängigkeit der Nieren überhaupt zu. Indes zeigt die Ausscheidung des Methylenblau unbestreitbar eine gewisse Übereinstimmung mit der Ausscheidung der festen Harnbestandteile; daher kann die Methylenblauprobe bei der Diagnose der funktionellen Störungen in den Nieren von Nutzen sein. Dagegen kann sie über die Natur und den Grad der Nierenveränderungen keinen Aufschluſs geben, da über den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Nierenläsionen und den verschiedenen Modalitäten der Methylenblauausscheidung nichts Bestimmtes bekannt ist. Fälle, in denen eine normal funktionierende Niere das Methylenblau in anomaler Weise ausscheidet, kommen sicher vor. Dagegen haben die Verfasser einen Fall von normaler Ausscheidung des Methylenblau durch eine Niere, die sich späterhin bei der anatomischen, bezw. histologischen Untersuchung als krank erwies, oder einen Fall von anomaler Ausscheidung durch eine anatomisch gesunde Niere nicht beobachtet. Diese Untersuchungen beweisen aber auch nur die Brauchbarkeit der Probe für die allgemeine Diagnostik der Nierenaffektionen. — Die Verfasser haben nun beobachtet, daſs die Durchgängigkeit der Nieren in erster Linie die Intensität der Ausscheidung des Methylenblau beeinfluſst: durchgängige Nieren lassen das Methylenblau in groſser, undurchgängige nur in geringer Menge passieren. Verzögerung der Ausscheidung hat nur relative Bedeutung; im allgemeinen wird die Ausscheidung durch Undurchgängigkeit einer Niere verzögert, durch erhöhte Thätigkeit beschleunigt; es findet sich aber auch das umgekehrte Verhältnis. Die Dauer der Ausscheidung scheint in Zusammenhang zu stehen mit der Existenz einer kompensatorischen Hypertrophie; diese bewirkt in den meisten Fällen Verlängerung der Ausscheidung. Der regelmäſsige, bezw. unregelmäſsige Verlauf der Ausscheidung läſst sichere Schlüsse nicht zu. — Die Ausscheidung des Methylenblau in Fällen von Pyelonephritis vollzieht sich in verschiedenen Typen, die alle von der Norm abweichen. Wenn nun diese Abweichungen auch über die Natur und den Grad der Nierenaffektion keinen Aufschluſs geben können, so weisen sie doch auf die Existenz einer Nierenveränderung überhaupt hin; sie können daher bei einer Erkrankung der unteren Harnwege den durch andere Symptome verursachten Verdacht auf Erkrankung der Nieren bestätigen. Beim Bestehen einer einseitigen Nierenaffektion ist es unerläſslich, mit der Methylenblauprobe die Katheterisierung der Ureteren zu verbinden; denn die Untersuchung des aus der Blase entnommenen Urins giebt keinen sicheren Aufschluſs über die Art und Weise der Ausscheidung des Methylenblau durch die gesunde, bezw. durch die kranke Niere. Die Untersuchung der Fälle von einseitiger renaler Retention mittelst Methylenblauprobe und Katheterisierung der Ureteren hat nun ergeben, daſs die Verzögerung des Beginns der Ausscheidung, die Verminderung der Quantität und die Verkürzung der Dauer um so gröſser ist, je voluminöser der Nierensack und je hochgradiger die Veränderungen seiner Wände sind. Es weicht also die Art der Ausscheidung bei kleinen Hydronephrosen gar nicht, bei kleinen Pyonephrosen nur wenig, bei groſsen Hydronephrosen schon beträchtlich, bei groſsen Pyonephrosen sehr stark von der Art der Ausscheidung durch die andere gesunde Niere ab; eine an Tuberkulose erkrankte Niere kann

vollständig impermeabel für Methylenblau werden. In allen diesen Fällen scheidet die andere Niere infolge kompensatorischer Hypertrophie früher, länger und mehr Methylenblau aus; das Gleiche ist der Fall, wenn eine Niere exstirpiert ist. Das Vorhandensein einer Neubildung an einer Niere bedingt keinen Unterschied in der Ausscheidung des Methylenblau gegenüber der gesunden Seite.

3. **Ein Katheterstaschenetui**, von Noguès. Der Verfasser beschreibt ein Katheteretui, das sehr handlich und bequem zu transportieren ist, und dauernde Asepsis, bezw. Sterilisation der in ihm befindlichen Instrumente ermöglicht. Das flache Metalletui ist 38 cm lang und 7 cm breit. Zum Herausnehmen eines Katheters kann der vordere Teil der einen Breitseite aufgeklappt werden; das entgegengesetzte Ende des Etuis kann durch einfachen Zug vollständig abgenommen werden; der in diesem Endstück befindliche Hohlraum ist durch eine quere Scheidewand von dem übrigen Raum getrennt. In diesem Hohlraum wird ein Wattetampon untergebracht, der eine kleine Quantität Trioxymethylen enthält; die aus diesem sich entwickelnden Formoldämpfe erhalten die im Etui befindlichen Instrumente dauernd in sterilem Zustande. Den eisernen Bestand dieses Etuis bilden ein gekrümmter und ein winkelig geknickter Mandrin, sowie der gerade Stiel eines Urethrotoms. Die Mandrins müssen in zwei Teilen gefertigt sein, der untere gerade Teil ist für beide gemeinsam. Der Stiel des Urethrotoms dient, mit einem fadenförmigen Bougie versehen, als Führungssonde, um einen Katheter mit abgeschnittenem Ende in die Blase zu bringen. Als weiteren Inhalt des Etuis schlägt der Verfasser folgende Kollektion von Instrumenten vor, die für alle Eventualitäten genügt: drei verschiedene starke Kugelsonden für die Untersuchung der Urethra, zwei Nélatonkatheter, drei Mercierkatheter, bei denen die Länge des Schnabels und die Gröfse des Knickungswinkels verschieden ist; sie sind mit oder ohne Mandrin hauptsächlich bei Prostatahypertrophie zu verwenden und können aufserdem als Verweilkatheter gebraucht werden; ferner ein dünner Mercierkatheter zum Gebrauche bei Kindern; zwei verschieden starke elastische Katheter, der dickere zur Verwendung bei Spasmus des membranösen Teils der Urethra, der dünnere bei Retention infolge einer Striktur; drei fadenförmige Bougies mit verschieden geformten Endstücken zum Aufschrauben auf den Stiel des Urethrotoms; endlich ein Katheter mit abgeschnittenem Ende. *Götz-München.*

Bücherbesprechungen.

Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane, von Prof. Nicolo Barucco. Übersetzt von Ralf Wichmann. (Berlin, 1899, Otto Salle.) Zweifellos ist die sexuelle Neurasthenie ein verbreitetes und dennoch wenig gewürdigtes Übel. Man kann darunter zweierlei verstehen: Neurasthenie, die sich auf dem Gebiete sexueller Funktionen vornehmlich bemerkbar macht, oder Neurasthenie, die durch Sexualleiden ausgelöst wird. Letzteres fafst Verfasser ins Auge, indem er die neurasthenischen Krankheitszustände behandelt, welche durch lokale Prozesse an den Genitalorganen ausgelöst werden, wobei es sich hauptsächlich um solche blennorrhoischen Ursprungs handelt. Dabei zieht Verfasser die Grenzen der sexuellen Neurasthenie sehr weit, wie mir scheint, sogar zu weit. — Auf je ein Kapitel über sexuelle Neurasthenie im allgemeinen und Wesen und klinische Formen der Neurasthenie folgt die Darstellung der Symptome der sexuellen Neur-

asthenie und ihrer Beziehungen zu anderen Krankheiten und Perversionen des Geschlechtstriebes, wobei der Dermatologe immer mehr mitspricht als der Neurologe. Sehr eingehend ist die Ätiologie und Therapie behandelt, wobei die chronischen Leiden der Urethra und Prostata die eingehendste Erörterung finden, manches empfohlen wird, was gar nicht oder nur wenig bekannt ist. Der Sexualleiden behandelnde Arzt kann aus dem Buche manches lernen; es kommen aber die Kranken mit sexueller Neurasthenie nicht immer in seine Hände. Im ganzen ist das Buch, welches in Italien bereits drei Auflagen erlebt hat, sehr lesenswert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Tripper und Ehe, von L. Jullien-Paris. Übersetzt von E. Hopf-Dresden. (Berlin, 1899, Gebr. Borntraeger.) In der dramatischen wie in der Romanlitteratur nehmen die französischen Autoren eine besondere Stellung ein durch das aufserordentliche Geschick, mit dem sie die Fäden zu verwirren und zu entwirren vermögen, durch die interessante, leichte Sprache, durch die Fähigkeit, die peinlichsten Situationen und Fragen mit einer Delikatesse zu erörtern, die ein Gefühl des Unbehagens kaum aufkommen läfst. Dafs die gleichen Eigenschaften auch in den wissenschaftlichen Arbeiten zur Geltung kommen, kann man aus dem vorliegenden Buche ersehen, dessen französischer Ursprung nicht zu verkennen ist. In eleganter, anregender Weise versteht es der Verfasser, die schwierigsten und peinlichsten Themata darzustellen, dafs man fast einen Novellendichter vor sich zu haben glaubt. Und doch ist der Verfasser wissenschaftlich sehr gründlich, hält sich in keiner Weise an der Oberfläche. Das Buch ist gediegen, aber dabei unterhaltend. Man könnte vielleicht manchem wissenschaftlichen Werke etwas, wenn auch nicht sehr viel, von dem Esprit wünschen, der dieses Buch durchzieht. Von den auf unsere Verhältnisse allerdings nicht immer passenden ehelichen Zuständen in Paris ausgehend, bespricht Verfasser ausführlich alle Situationen, in welchen eine bei dem einen oder bei dem anderen Teile vorhandene Blennorrhoe sich bemerkbar machen und das ärztliche Eingreifen erfordern kann. Er schildert genau, wie sich der gewandte Arzt verhalten, was er zu sagen und zu verschweigen hat, um möglichst eine Schädigung des anderen Teiles zu verhüten, ohne ehelichen Unfrieden zu säen oder die ihm obliegende Diskretion zu verletzen. Es ist nicht möglich, im einzelnen den Inhalt hier auch nur zu skizzieren. Möge jeder, den dieses wichtige Thema ärztlich in Anspruch nimmt, das Buch lesen. Er wird sich dabei ausgezeichnet unterhalten und auch viel lernen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Traumatische Entzündungen.

Über unerwünschte Nebenwirkungen von Ketels Antiskabin, von K. Stössner. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1899. No. 10.) Verfasser berichtet über mehrere Fälle schwerer Dermatitis und Urticaria nach Einreibung mit dem von der Firma Stephan Ketel in Bremen hergestellten Antiskabin. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von recidivierender Vergiftung durch Primula obconica, von G. R. Leigthon. (*Brit. med. Journ.* 15. Okt. 1898.) Verfasser wurde Oktober 1896 zu einem 40jährigen Gärtner gerufen, der ein enormes Ödem der rechten Hand mit

ausgesprochener Lymphangitis des rechten Arms zeigte. Am nächsten Tage begann eine profuse, seröse Absonderung an verschiedenen Stellen des Handrückens und der Finger. Die Gelenke waren sehr schmerzhaft und der Patient fieberte leicht. Acht Tage dauerte diese Absonderung, dann liefs sie langsam nach und hörte schliefslich ganz auf. Die Schwellung war in dieser Zeit vollständig verschwunden. Der Patient machte eine ähnliche Attacke im Juni, eine dritte im September 1897 durch. Bei der letzteren wurde der rechte Fufs befallen. Eine genaue Anamnese stellte fest, dafs der Patient vor Ausbruch der ersten Attacke mit Primula obconia hantiert hatte. Da er in der Folgezeit es stets sorgsam vermied, die Blume zu berühren, dieselbe auch aus seinem Garten verbannt hatte, so mufs man annehmen, dafs in den Geweben zurückgebliebene Giftstoffe zu den späteren Attacken ein ursächliches Moment abgegeben haben. Zwischen der ersten und zweiten Attacke lagen 8 Monate, zwischen der zweiten und dritten 16 Monate. Dies deutet auf eine allmähliche Elimination des absorbierten Giftes hin, zumal auch die Symptome bei dem letzten Ausbruch viel weniger intensiv waren als bei den vorangegangenen. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Simulant. Stomatitis et Dermatitis bullosa artificialis, von Alex. Haslund. (*Hosp. Tid.* 1899. No. 9.) Von Juli 1896 bis Ende Dezember 1898 wurde ein junges Mädchen, 20 Jahre alt, im ganzen 6 mal auf der 4. Abteilung des Kommunehospitals behandelt wegen immer recidivierender Blaseneruptionen in der Mundhöhle, am Gaumen und einige Male auf der Haut. Bei der ersten Aufnahme wurde die Diagnose gestellt auf Stomatitis bullosa, Simulatio (?), bei der späteren wurde das Leiden aufgefafst als eine Dermatitis herpetiformis (wesentlich lokalisiert in der Mundhöhle), bis es endlich gelang, in einigen frischen Blasen einige schwarze Punkte zu entdecken, die sich unter dem Mikroskop als Kantharidenpulver zeigten. Verfasser nimmt an, dafs Patientin an einer Form von Hysterie leidet, die an Flagellation grenzt; er erinnert an ähnliche Fälle, worunter die sogenannte „Nähnadeljungfrau" die zu Anfang dieses Jahrhunderts viele Ärzte Europas nach Kopenhagen brachte.
O. Jersild-Kopenhagen.

Dermatitis und andere durch Borsäure und Borax hervorgerufene Giftwirkungen, von R. B. Wild. (*Lancet.* 7. Jan. 1899.) Ein 38jähriger Alkoholiker, welcher nie an Ekzem oder Psoriasis gelitten hatte, nahm wegen einer durch blennorrhoische Striktur hervorgerufenen purulenten Cystitis Acid. boric. 0,6 ter die. Nach etwa 8 Wochen dieser Behandlung war die Haut an den Armen und auf dem Kopfe stark gerötet und schuppend, und es trat lebhafter Haarausfall ein. Nach Aussetzen der Borsäure heilten alle Läsionen bei indifferenter Behandlung prompt ab, kehrten aber noch zweimal nach 2 resp. 8 Monaten bei nochmaliger Borsäuremedikation, einmal sogar in verstärktem Grade, wieder. Zwei Monate nach der letzten Attacke ging Patient an Urämie, allerdings nach vorherigem Alkoholexcefs zu Grunde. — Ein 50jähriger Epileptiker entwickelte auch nach einer achtwöchigen Behandlung mit Acid. boric. 0,6 mit Borax 0,9 ter die ähnliche Hautläsionen; dagegen hat W. während des letzten Jahres 40 Patienten mit Borsäure behandelt ohne irgend welchen Nachteil und hat selbst bei einer Gelegenheit innerhalb 4 Stunden in ref. dos. 7,2 g genommen. Die nur kurz andauernden Störungen bestanden in Übelkeit, Kopfweh, Kolikschmerzen, Diarrhoe, Appetitlosigkeit und Rötung der Haut. — In der Litteratur, auf die Verfasser auch näher eingeht, sind bekanntlich mehrfach tödliche Wirkungen der Borsäure verzeichnet. *Philippi-Itzehoe.*

Ein Fall von äufserlicher Karbolsäurevergiftung, behandelt mit Natrium sulfuricum-Lösung, von Weiss. (*New York. med. Journ.* 7. Jan. 1899.) Bei einer Patientin, die sich durch eine Ausspülung der Scheide mit Karbolsäurelösung eine

ausgedehnte Verätzung zugezogen hatte, erzielte der Verfasser durch eine Scheidenspülung mit warmer Lösung von Natrium sulfuricum und Auflegen von Kompressen, die mit der gleichen Lösung getränkt waren, rasche und vollständige Heilung. Die Wirkung des Natrium sulfuricum erklärt sich daraus, dafs dasselbe mit Karbolsäure das unschädliche Natrium sulfocarbolicum bildet. — In dem beschriebenen Falle hatte die Patientin die Lösung selbst aus reiner Karbolsäure und Wasser bereitet. Der Verfasser warnt mit Recht davor, Laien die Herstellung einer solchen Lösung zu überlassen: in ein Gefäfs mit Wasser geschüttet, fällt Karbolsäure bekanntlich ungelöst zu Boden; bei Verwendung einer solchen Flüssigkeit ist eine Verätzung leicht möglich.

Götz-München.

Über Chlorakne, von K. Herxheimer. (*Münch. med. Wochenschr.* 28. Febr. 1899.) Der im ärztlichen Verein zu Frankfurt vorgestellte 22jährige Patient zeigt im Gesicht, am Hals, auf der Brust, dem Bauch, Rücken und den angrenzenden Teilen der Extremitäten die Erscheinungen einer Acne vulgaris indurata et abscedens. Die Haut ist mit zahllosen Knötchen und Knoten, die meistens excoriiert und ulceriert sind, sowie mit einigen Pusteln und Abscessen besetzt. Er klagt aufserdem über Husten mit etwas Auswurf, Kopfweh, Schwindel, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit. Die Lunge zeigt einige Rhonchi sibilantes. Trotz zweimaliger Behandlung auf der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses ist bisher keine wesentliche Besserung erzielt worden. Die Affektion ist davon herzuleiten, dafs Patient als Arbeiter in einer Ätzkalifabrik in einem Raum, wo zeitweilig freie Chlordämpfe sich entwickelt hatten, beschäftigt gewesen war. Verfasser hat im ganzen vier solche Fälle beobachtet, von anderer Seite sind noch mehrere, teils leichtere, spontan heilende konstatiert worden.

Philippi-Itzehoe.

Die Arsenikkeratosen, von Mibelli. (*Lo Spermimentale.* 1898. Heft IV.) Aufser der Beschreibung von zwei Fällen eigener Beobachtung bringt die verhältnismäfsig ziemlich umfangreiche Arbeit nichts Neues, sondern giebt nur eine Übersicht des bisher über den Gegenstand Mitgeteilten. *C. Müller-Genf.*

Über Hämatodermitis toxischer Natur. Eine pathogenetische Studie von E. Leredde. (*Presse méd.* 1898. No. 106.) Verfasser rekapituliert zunächst seine bekannten Untersuchungen über die Eosinophilie bei der Dermatitis herpetiformis Duhring und ähnlichen Krankheiten, wie der Hallopeauschen „Dermatite pustuleuse et végétante en foyers à progression excentrique" und dem Pemphigus vegetans von Neumann. Die konstante Eosinophilie bei dem sogenannten „Herpes gestationis" veranlafste den Verfasser, auch diesen als Varietät der Duhringschen Krankheit zu bezeichnen. Alle diese Affektionen von durchaus verschiedenem klinischen Verlaufe, der Typus Duhring, der Typus Hallopeau, der Typus Neumann, der Pemphigus foliaceus von Cazenave sind nur Varietäten ein und derselben Krankheit, einer Krankheit des Blutes, welche den Hautveränderungen vorausgeht. Verfasser bezeichnet das gesamte Krankheitsbild als Hämatodermitis. — Das pathognomonische Symptom aller dieser cutanen Affektionen, die Eosinophilie, hat aber noch eine höhere Bedeutung. Es führt uns direkt zum Studium der Pathogenese dieser Krankheiten. — Man mufs die Ursache der Eosinophilie in dem Organe suchen, in welchem nach den Untersuchungen von Ehrlich sich die eosinophilen Zellen bilden: im Knochenmark. Und weiter mufs man fragen: wodurch erkrankt das Knochenmark? Es wäre möglich, dafs hier eine bakterielle Ursache wirkt. Verfasser hatte dies vermutet im Hinblick auf die Eosinophilie bei der Syphilis und bei der Lepra. Auch hat Sabrazès in einem Falle von akutem polymorphem Erythem mit Eosinophilie nicht färbbare Bacillen im Blut gefunden. — Neuerdings

aber hat Verfasser einen merkwürdigen Fall von Jodkaliumexanthem beobachtet, dessen Erscheinungen genau mit denjenigen der Duhringschen Krankheit übereinstimmten und ihm den Beweis zu liefern scheinen, dafs die Veränderungen des Knochenmarks toxischen Ursprungs sein können. Diese toyischen Ursachen können verschiedener Natur sein, entweder wie bei der Jodkalium-Hämatodermitis rein toxisch oder, wie dies z. B. für die Streptokokken- oder Pneumokokkenpurpura erwiesen ist, toxisch-bakteriell. Beide Verhältnisse können für die Erklärung der Duhringschen, Neumannschen, Hallopeauschen Krankheit etc. in Betracht kommen. — Verfasser konnte in dem Falle der Jodkaliumintoxikation aufser der Eosinophilie und anderen Blutveränderungen auch das Vorkommen von Zellen des Knochenmarks im Blute konstatieren. Vielleicht sind diese auch bei der Duhringschen Krankheit und den verwandten Affektionen nachweisbar. — Auf Grund dieser Thatsachen glaubt Verfasser, die Veränderungen im Knochenmark als das pathogenetische Moment für das Zustandekommen der Hämatodermitis ansprechen und den nervösen Ursprung derselben bestreiten zu müssen. *I. Bloch-Berlin.*

Die dermatologischen Komplikationen des Diabetes und ihre Therapie, von Lassar. (*Therapie d. Gegenw.* 1899. Heft 2.) Die Affektionen der Haut bei Diabetes haben nach Ansicht des Verfassers keinerlei spezifischen Charakter; sie sind jedoch heftiger als die gleichartigen Dermatosen bei Nichtdiabetikern, weil der überreiche Zuckervorrat die Gewebe für die Ansiedelung und Vermehrung der Eiterkokken geeignet macht. Durch ein antidiabetisches Regime werden sowohl die Dermatosen bei Diabetikern, wie auch Furunkulose oder Pruritus genitalium bei Nichtdiabetikern günstig beeinflufst; denn auch bei diesen wird der Organismus die Wucherung der Organismen umsoweniger begünstigen, je zuckerärmer er ist. Der Verfasser wendet bei Furunkulose folgendes Verfahren an: Antidiabetische Diät, Gebrauch von Karlsbader, Vichyer oder Neuenahrer Wasser, wöchentlich 3—4 warme Bäder, denen bei Abwesenheit von Ekzemen 5—6 kg Badesalz und 1 kg Sapo viridis zugesetzt werden. Wenn nur einzelne tiefliegende Furunkel vorhanden sind, Spaltung derselben; bei zahlreichen oberflächlichen Eruptionen Behandlung mit Pflaster von folgender Zusammensetzung: Acid. salicyl. 2,5, Emplastr. saponat., Emplastr. Plumb. ā 10,0, Emplastr. adhaesiv. 5,0, mf. Emplastr. (am passendsten als Unnascher Pflastermull hergerichtet). Diese Pflasterbehandlung ermöglicht auch fortgesetzten Gebrauch der Bäder. Aufserdem Verabreichung von Arsen und von Bierhefe, von dieser 3mal täglich in der Zwischenzeit zwischen den Mahlzeiten einen Eflöffel voll in dünnem Bier oder Thee. Beim Gebrauch der Hefe kommen anfangs wohl leichte Darmstörungen vor, die sich aber bald verlieren. Wenn die Bierhefe auch in Bezug auf die Glykosurie ohne Wirkung ist, so besitzt sie nach den Erfahrungen des Verfassers doch entschieden einen hemmenden Einfluls auf die Furunkelbildung. — Die Furunkel entstehen durch Infektion kleiner Hautwunden, die ihrerseits durch Kratzen verursacht sind; deshalb ist sowohl bei Diabetikern wie bei Nichtdiabetikern womöglich die Quelle des Juckens zu beseitigen. Bei Zuckerkranken kommen hier hauptsächlich Intertrigo und Pruritus der Genitalien in Betracht. Bei Intertrigo der Mamma und der Gelenkfalten verordnet der Verfasser Bäder mit Zusatz von Kalium permanganicum; dann werden die wunden Stellen mit 1—2%iger Höllensteinlösung bepinselt und mit trockenen aufsaugenden Streupulververbänden (Talcum oder Wismutpulver, Bardelebensche Wismutbinden) bedeckt. Die dadurch spröde gewordene Haut wird durch indifferente Pasten wieder geschmeidig gemacht. Besteht der Juckreiz noch fort, so werden die infiltrierten Partien mit der alten Wilkinsonschen Scabiessalbe bestrichen, darüber wird eine dicke Schicht Zinkölmischung

(Zinc. oxydat. 60,0, Olei provincial. puriss. 40,0, mf. pasta mollis), etwas Streupulver und Watte gelegt. Diese Therapie bewirkt in wenigen Tagen Heilung. — Bei Pruritus der Genitalien ist vollkommene Heilung nur in frühen Stadien zu erwarten, wenn noch keine ausgedehnten Infiltrate vorhanden sind. Die Genitalien werden zunächst mit Bürste und grüner Seife, warmen und kaltem Wasser und 2—3%iger Karbolsäurelösung gründlich gereinigt, dann werden über Nacht auf die gereizten Teile Kompressen mit 1—2%igem Karbolleinölkalkwasser gelegt; am nächsten Morgen ein Voll- oder Sitzbad, darauf Applikation folgender Salbe: Acid. carbolic. 1,0—2,0, Hydrarg. sulfurat. rubr. 1,0, Sulfur. sublimat. 26,0, Vaselin. american. ad 100,0, Olei Bergamott. gtt. XXX. Bleibt noch ein Infiltrat zurück, so wird während des Bades flüssiger Teer appliziert, hernach die eben erwähnte Salbe und darüber Zink- oder Salicylpaste aufgelegt. — Gegen Scrotal- und Afterjucken empfiehlt der Verfasser Bleisalbe von folgender Zusammensetzung: Emplastr. Diachyl., Vaselin. american. ää 50,0, Misce leni calore cum Acid. carbol. 2,0. — Bei allen Diabetikern ist grofser Wert auf sorgfältige Pflege der Haut und der Nägel zu legen. Schneiden der Nägel und Hühneraugen soll nur streng aseptisch vorgenommen werden; dadurch wird manche perniciöse Gangrän vermieden. *Götz-München.*

Plonski stellt in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Sitzung vom 1. Febr. 1899) einen Patienten vor, welcher eine **Hautveränderung durch Röntgenstrahlen** zeigt. Die entzündlichen Erscheinungen auf dem Rücken sind bereits abgelaufen. Man sieht eine weifse Narbe und um diese Narbe herum haben sich unzählige Gefäfsneubildungen angeschlossen, welche, vom Narbenrande zur Peripherie an Dichtigkeit abnehmend, in unzähligen Schlängelungen die ganze Mitte des Rückens einnehmen, sodafs dieser aus der Ferne den Eindruck eines einzigen grofsen, roten Fleckens macht. Das Ganze ähnelt einer Teleangiektasie. Auch an den Händen sind ähnliche Veränderungen aufgetreten. Der Patient klagt über ein sehr starkes Jucken an den affizierten Stellen, das von Jahr zu Jahr an Intensität zunimmt. Sensibilitätsstörungen sind kaum vorhanden. Die Fehler bei der Radiographie, welche früher derartige Entzündungen verursachten, waren 1. dafs zu hoch gespannte Ströme verwendet wurden, 2. dafs die Expositionszeit zu lang war und 3. dafs die Crookessche Röhre zu nahe an die Haut gebracht wurde. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Verbrennung dritten Grades, behandelt mit Pepsinum purum, von Waterman-New York. (*Therap. Monatsh.* Jan. 1899.) Der Autor berichtet über die unglaublich schnelle Heilung einer 17 cm langen, 8 cm breiten und 3 mm tiefen, jeder Spur gesunden Granulationsgewebes entbehrenden Brandwunde am linken Unterarm eines Tabikers. Die Beobachtungen wurden durch einen Kollegen bestätigt. Die Verbrennung fand am 21. Juli statt, am 2. August legte Waterman nach ausgiebiger Curettierung der Wunde einen Verband von reinem Pepsin mit Mull darüber an. Wenn man bedenkt, dafs der Patient Tabiker war, so wird man um so mehr staunen, dafs die Wunde am 6. August, also nach vier Tagen nur noch 9 cm lang und 5 cm breit war, und diese Verhältnisse am 10. August auf 5 : 3 cm zurückgegangen waren. Der Erfolg verdient Nachprüfung dieses sonderbaren Mittels, obwohl man sich einer gewissen Reserve gegenüber der zauberhaften Wirksamkeit nicht wird erwehren können. *Hopf-Dresden.*

Onychia maligna in Folge von Ätzung mit Weinsteinsäure, von Blindreich. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 2.) Der 16jährige Patient ist seit drei Jahren in einer Limonadenfabrik als Lehrling angestellt, wo er täglich mit konzentrierter Weinsteinsäure in Berührung kam. Bei der Untersuchung der kranken

Finger ergiebt sich folgender Befund. Die Nägel des Daumens, des Zeige- und Mittelfingers sind vom Nagelbett fast abgehoben, auf Druck entleert sich Eiter, die Nagelphalangen sind sehr schmerzhaft. Dieses Zustandes wegen ist Patient seit zwei Jahren arbeitsunfähig und vom Verfasser und anderen Ärzten sowie in der Dorpater chirurgischen Klinik ohne Erfolg behandelt worden. Selbst scharfer Löffel und Paquelin erwiesen sich als nutzlos. Kaum zeigte nämlich ein Nagelglied eine geringe Besserung, so trat am zweiten oder dritten Finger wieder Eiterung mit starker Schmerzhaftigkeit auf und kaum war dieses Glied wieder in Besserung, so zeigte das zuerst erkrankte wieder dieselben pathologischen Erscheinungen u. s. f. Auch der Behandlung unter Luftabschluſs und mit Beizung von Jod oder Argent. nitric., sowie Bäder mit oder ohne Zusatz von medikamentösen Mitteln, auch die verschiedensten Salben zeigten keinen Erfolg. Die Nagelsubstanz ist erkrankt, nicht aber das Knochen- oder Muskelgewebe, welche sich stets als normal erwiesen. Sobald die Eiterpusteln entfernt sind, überzieht sich das Nagelbett mit einer dünnen Hautplatte, welche deutlich die sich neubildende Nagelsubstanz erkennen läſst; doch wird die Regeneration des neuen Nagels, welche immer vom Grunde des Nagelfalzes ausgeht, durch wiederauftretende Eiterungen unterbrochen. Der starken Schmerzhaftigkeit wegen, welche bei jeder neuen Eiteransammlung unerträglich ist, muſs diese Platte immer wieder entfernt werden. *I. Bloch-Berlin.*

Eingewachsener Nagel; ein Vergleich der verschiedenen Operationsmethoden, von E. M. Foote. (*Med. News.* 18. Febr. 1899.) Zu den 75 Behandlungsmethoden, welche er in der Litteratur verzeichnet gefunden hat, fügt F. noch folgende Modifikation hinzu: Nach gründlicher Desinfektion, Herstellung von Blutleere durch Umschnürung des Zehes mit Gazestreifen, Injektion einer 2%igen Lösung von Kokain oder Eukain, nochmaliger Desinfektion wird ein Schnitt vom freien Nagelrande bis über die Basis hinaus und ganz bis in die Matrix durchdringend ausgeführt und ein etwa 1/8 Zoll breiter Streifen vom Nagel nebst Nagelbett an der erkrankten Seite abpräpariert, wobei besonders darauf geachtet wird, daſs von der äuſseren Ecke des Zehenrandes nichts zurückbleibt. Etwaige Granulationen werden wegcurettiert; feuchter Wattebausch, Stärkebinde nach eventueller Naht der entstandenen Hautlappen. Gute Heilung in etwa 10—20 Tagen. Die Methoden von Anger und von Howard werden im Detail besprochen. *Philippi-Itzehoe.*

Neurotische Entzündungen.

Ein Fall von Erythromelalgie, von Carslaw. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1898.) Die 24jährige Frau leidet seit einiger Zeit an allgemeiner Mattigkeit, Anämie und Dyspepsie verbunden mit brennenden Schmerzen in den Beinen, tief dunkler Röte und Verdickung der Haut der unteren Extremitäten. In der letzten Zeit zeigten sich dieselben Hauterscheinungen auch an den Armen. Die Reflexe sind normal, keine Anzeichen von Ataxie, Hysterie sind vorhanden. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Erythromelalgie mit mikroskopischen Untersuchungen des Gewebes von einer amputierten Zehe, von Weir Mitchell und Spiller. (*Amer. Journ. of Med. Sciences.* Jan. 1899.) Der Fall von Erythromelalgie betraf einen 61jährigen Mann, der früher Typhus durchgemacht hatte und nun seit 1 1/2 Jahren mit heftigen Schmerzen im rechten Fuſs erkrankt war, besonders wenn das Bein herunterhing; die Krankheit befiel zuerst die vierte und fünfte Zehe, an der vierten trat auch ein tiefes Geschwür auf, das langsam heilte; als diese sich besserten, wurde

die zweite und dritte befallen, und als dies alles heil war, war die grofse Zehe Sitz der heftigsten Schmerzen; sie war leicht rot aber nicht geschwollen; auch befand sich ein kleines Geschwür an der Zehe; um den Patienten von seinen Schmerzen zu befreien, wurde, da der Fufs im übrigen heil erschien, die Amputation der Zehe vorgenommen; die Wunde heilte langsam; das Resultat war aber insofern ein gutes, als der Patient sich bedeutend wohler fühlte, da die Schmerzen ganz andere, leichtere seien. Aus den mikroskopischen Untersuchungen ist besonders die enorme Verdickung der Gefäfswände, sowohl der arteriellen, als auch der venösen, und das fast völlige Fehlen der Nervenfasern hervorzuheben; die Knochen erschienen ebenfalls verdickt. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilung eines Falles von Augenmuskellähmung nach Herpes zoster facialis, von Rutter. (*Lancet.* 4. Febr. 1899.) Der Patient wurde von einem rechtsseitigen Herpes zoster im Bereiche des ersten Trigeminusastes befallen. Die neuralgischen Schmerzen hörten bald auf, indes nun zeigten sich Erscheinungen einer Okulomotoriuslähmung: Dilatation der Pupille, Ptosis, Akkommodationslähmung, gekreuzte Doppelbilder und Strabismus divergens. Diese Erscheinungen gehen langsam zurück und bestehen nach Abheilung des Herpes zoster noch fort.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Herpes ophthalmicus mit Keratitis und Hypopyon, von P. Flemming. (*Lancet.* 4. März 1899.) Ein 54jähriger Mann kam 14 Tage nach erlittenen Brandwunden am Kopfe wegen Conjunctivitis mit geringer Trübung der Iris in F.s Behandlung. Als zehn Tage später der Kopfverband abgenommen wurde, zeigte die rechte Hälfte der Stirn wohl entwickelten Herpes mit scharf abgeschnittener Rötung. Pat. hatte vor dem Unfall einige Tage an heftigen Stirnschmerzen der betreffenden Seite gelitten. Unter veränderter Therapie (Vernähung der Augenlider) nahm die ganze Affektion einen günstigen Verlauf. *Philippi-Itzehoe.*

Akute Exantheme.

Drei gleichzeitig nebeneinander bestehende Hautausschläge, von Y. H. Mills. (*Brit. med. Journ.* 17. Sept. 1898.) Ein neunjähriges Mädchen erkrankte am 11. Juni mit Nasenbluten, allgemeinem Unwohlsein, erhöhter Temperatur, belegter Zunge und einem Ausschlage an Händen und Füfsen. Derselbe war charakterisiert durch hellrote, stecknadelkopfgrofse, korallenartige Flecken, welche auf Druck nicht verschwanden. Am 12. Juni zeigte die Patientin Lichtscheu und hustete ein wenig. Am 13. brach im Gesicht ein charakteristischer Masernausschlag aus unter stärkeren bronchitischen Erscheinungen. Hier und da konnte man durch die Masernflecken, die korallenartigen, aber jetzt etwas dunkler schattierten Flecken des ersten Ausschlages wahrnehmen. Am 14. Juni bekam das Kind am Abdomen und an den Oberschenkeln eine typische Urticaria. Seitdem nahmen die Masern ohne besonderen Zwischenfall einen günstigen Verlauf. Zwei Geschwister der Patientin erkrankten kurze Zeit darauf an den Masern, die jedoch keinerlei ungewöhnliche Erscheinungen aufwiesen. *C. Berliner-Aachen.*

Scharlachfieber eine lokale Krankheit, von Fleming. (*Med. Record.* 15. Jan. 1898.) Dafs die Sonderlinge unter den Medizinmännern nicht aussterben, beweist dieser Essay des Herrn Fleming, welcher Scharlach für eine lokale Erkrankung des Rachens, den Ausschlag als Zeichen, dafs das im Blute kreisende Gift (also doch!)

ausgeschieden ist, ansieht, und die Ansteckungsfähigkeit nicht auf die Desquamationsperiode ausdehnt, sondern nur auf die Zeit der Rachenerkrankung beschränkt.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Scarlatina in mehreren Schüben, von Monteux und Lop. (*Gazette des Hôpitaux.* 1898.) Es handelt sich um einen 17jährigen Mann, bei dem am 16. Tage einer Influenzaerkrankung mit Bronchopneumonie eine Scarlatina (ohne Angina) ausbrach. Sechs Tage danach, als bereits die typische Desquamation eingetreten war, erfolgten drei Tage hinter einander noch weitere Schübe des typischen Exanthems mit Schüttelfrost und Temperaturerhöhung, sowie kongestiven Erscheinungen von seiten der Lungen. Sodann erfolgte eine zweite Desquamationsperiode.

C. Müller-Genf.

Ein Fall von Scharlachfieber mit akuter eitriger Mittelohrentzündung und akuter hämorrhagischer Septikämie, behandelt mit Antistreptokokken-Serum, Heilung, von Harold Low. (*Lancet.* 9. März 1898.) Die Überschrift schildert den Verlauf der sehr schweren Erkrankung; nach Eröffnung des Processus mastoideus bestand der hoffnungslose Zustand weiter: es wurden nun allmählich 263 ccm des Serum eingespritzt (aus dem Blut des Kindes waren Streptokokken reingezüchtet); trotzdem trat eine reichliche Purpura mit Diarrhoe und Drüsenschwellungen auf und dann ging der Fall allmählich in Heilung über. *F. Hahn-Bremen.*

Die Ätiologie der Rückkehrfälle von Scharlach, von Millard. (*Brit. med. Journ.* 3. Sept. 1898.) Verfasser versteht unter „Rückkehr-Fällen" solche, wo das als gesund und frei von Infektionsstoff aus dem Krankenhaus entlassene Kind andere Mitglieder der Familie dennoch ansteckt; er fand, dafs solche Ansteckungen noch nach sechs Wochen stattfanden (wobei bemerkt wird, dafs er seine Patienten im Durchschnitt über acht Wochen isoliert hielt). Von Einfluſs ist geringe Widerstandsfähigkeit, verschiedene Empfänglichkeit, Wiedererwachen der Infektiosität, noch bestehende Eiterungen aus Nase, Ohr etc. *F. Hahn-Bremen.*

Scharlachrückfälle, von Kennan-Dublin. (*Dubl. med. Journ.* Dezbr. 1898.) Während man früher allgemein annahm, dafs ein Individuum nur einen einzigen Scharlachanfall durchmachen könne, haben sich die Fälle recidivierender Scarlatina in den letzten Jahren in der medizinischen Litteratur eingebürgert. Allerdings sind dieselben verhältnismäſsig selten, und in den meisten Lehrbüchern findet man nichts oder nur wenig darüber. Auch heute noch überwiegt die Ansicht, dafs, wenn Scharlachrecidive auftreten, dies in jenen seltenen Fällen jahrelang nach der ersten Erkrankung an Scarlatina sein müsse. Dem ist aber nicht so; vielmehr beobachtet man, besonders in groſsen Infektionsspitälern, ziemlich häufig die Thatsache, dafs kurz auf einen typischen Scharlachanfall ein zweiter Nachschub folgt. Da die Ursache doch sicherlich in der mit dem flüchtigen Krankheitsstoff durchsetzten Luft der Krankensäle liegt, so hat man bekanntlich für akute Scharlachfälle, für Rekonvalescente und für kurz vor der Entlassung nach Hause stehende Kranke verschiedene Stationen geschaffen. Eine gründliche Desinfektion aller Räume wird aufserdem möglichst häufig vorgenommen. — Caiger giebt für ein groſses Infektionskrankenhaus die Häufigkeit der Rückfälle oder, besser gesagt, der zweiten Attacken bei Scharlach auf etwa 5% aller Scharlachfälle an. Dabei sind nur solche berücksichtigt, welche beim ersten wie zweiten Anfall unzweifelhaften Scharlachtypus aufwiesen. Da nun keine andere Infektionskrankheit so unkonstant in ihren Symptomen ist, leuchtet ein, dafs Caigers Statistik hinsichtlich der Rückfälle hinter der Wahrheit noch zurückbleiben mufs. Kennan beobachtete während seiner Thätigkeit am Liverpooler Stadt-

krankenhaus drei solche Fälle; in allen war der erste Anfall, wenn schon typisch, so doch sehr leicht gewesen. Nach Caiger steht die Schwere der zweiten Attacke im umgekehrten Verhältnis zu der des ersten Anfalls. *Hopf-Dresden.*

Zwei Fälle von Relaps bei Scharlach, von Mac Dowel Cosgrave. (*Transact. of the Royal Acad. of Med. in Ireland.* XV.) Verfasser beschreibt zwei wohlcharakterisierte Fälle von Relaps bei Scharlachfieber. Nach typischer Erkrankung mit allen Begleiterscheinungen trat Besserung und Desquamation ein: dann setzte von neuem ganz typisch ein Anfall von Scharlachfieber mit allen Begleiterscheinungen ein, der wieder von Abschuppung gefolgt war. Moore bestätigt in der Diskussion, dafs man in Isolierhäusern oft Fälle von Rückfallscharlach sehen kann, wenn man die Kinder lange genug behält: es handelt sich um typische Reinfektion, die Immunität ist mit dem ersten Anfall noch nicht erworben. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Behandlung des Scharlachs und einige besondere Scharlachanfälle, von Knöspel. (*Prag. med. Wochenschr.* 1899. No. 5 u. 6.) Der Verfasser hat gelegentlich der letzten Scharlachepidemie in Prag in 12 Fällen mit Angina necrotisans intratonsilläre Karbolinjektionen gemacht. Dieselben schienen in mehreren Fällen die Nekrose der Rachenweichteile und der Tonsillen in der That zum Stillstand zu bringen; fest überzeugt von ihrer Wirksamkeit ist der Verfasser jedoch nicht. Das Auftreten von Nephritis wird nach seinen Erfahrungen durch diese Injektionen nicht begünstigt. — Von hydrotherapeutischen Mafsnahmen wandte der Verfasser hauptsächlich kalte Packungen, in schwereren Fällen Bäder mit einer Anfangstemperatur von 28—26° R. und Abkühlung des Wassers bis auf 24—22°, in Fällen mit Bronchopneumonie oder starker Benommenheit Bäder und Übergiefsungen mit kühlerem Wasser im Bade an. Nach den gemachten Erfahrungen ist eine streng individualisierende Hydrotherapie ein den Scharlachprozefs günstig beeinflussendes Verfahren, wenngleich auch diese Therapie sich gegenüber der schweren Scharlachinfektion häufig als ohnmächtig erweist. Das Auftreten von Nephritis wird durch hydrotherapeutische Proceduren nicht begünstigt. — Absolute Milchdiät ist nach den Erfahrungen des Verfassers nicht im stande, das Eintreten einer Scharlachnephritis zu verhüten; man kann daher, um Entkräftigung zu verhüten, schon in den ersten Tagen zur Milch Suppe und leichte Amylacea, nach Ablauf des Fiebers Eier und Eispeisen, in der vierten Woche leichte Fleischkost geben. Auch bei schon bestehender Nephritis kann nicht auf die Dauer Milchkost allein gereicht werden, wenn Unterernährung vermieden werden soll. — Zum Schlusse beschreibt Verfasser noch einige atypische Scharlachfälle: zwei Fälle mit vollkommen fieberlosem Verlauf, einen Fall ohne Exanthem, zwei Fälle mit geringem Fieber und ganz unbedeutender bezw. ohne jede Angina; in diesen beiden Fällen trat, wie sehr oft in Fällen mit geringfügigen Symptomen, Nephritis auf, in einem Falle erst am 35. Krankheitstage; aufserdem beobachtete Verfasser auch noch einen Fall von „chirurgischem Scharlach". *Götz-München.*

Bemerkungen über Masern, Scharlach und Pocken. Zur Immunitätsfrage, von C. Gerhardt. (*Charité-Annalen.* 23. Jahrg.) Dafs die Schutzkraft einmaliger Erkrankung an akuten Exanthemen ihre Grenzen und Lücken hat, beweisen wieder die statistischen Angaben, welche G. teils seinem Krankenhausmaterial, teils den Berichten seiner Zuhörer (junger Männer im Alter von 20—25 Jahren) entnommen hat. Demnach haben gesunde junge Männer etwa zu 20% Scharlach noch nicht, etwa 1% zweimal, Scharlachkranke gleichen Alters haben etwa zu 10% schon einmal Scharlach gehabt. Masern haben von gesunden jungen Männern im dritten Jahrzehnt des Lebens ca. 6% gar nicht, ca. 2% wiederholt (2, 3—4 mal und in einem

Fall noch öfter) und endlich haben von masernkranken jungen Männern im zweiten bis dritten Lebensjahrzehnt etwa 13,5% schon einmal Masern gehabt. Bezüglich der Pocken beschränkte sich G. nur auf die Frage: wie weit schützt Variola gegen Vaccina? Aus dem spärlichen Material von sieben Fällen will G. vorläufig keine Schlüsse ziehen; es ergab sich, dafs zwei Kranke, welche früher Variola gehabt haben, mit vollem Erfolg, zwei ohne Erfolg geimpft wurden, bei zweien nur eine Pustel, bei einem zwei gut entwickelte Pusteln erschienen. Die erstgenannten Fälle hatten vor 20 und 28 Jahren, die übrigen vor 7, 7, 26, 27 und 31 Jahren Pocken gehabt.

Stern-München.

Beiträge zur Pathologie der Masern, von P. Steffens. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 62. Bd. 3. u. 4. Heft.) Aus der vom Verfasser beobachteten Masernepidemie sind folgende Beobachtungen interessant: Kinder unter fünf Monaten sind unempfänglich gegen Masern; das Inkubationsstadium der Masern ist in der Regel das Stadium der vollkommenen Latenz; von Nachkrankheiten kamen am meisten Otitis media und kapilläre Bronchitis vor. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Pathologie der Masern, von Fritz Förster. (*Jahrb. f. Kinderheilk.* Bd. 48.) In erster Linie berichtet F. über gleichzeitiges Auftreten von Masern und Pemphigus, was im allgemeinen als Seltenheit angesehen wird und bisher aufser in der vorliegenden noch in sechs Publikationen (Steiner, Henoch, Comby u. s. w.) beschrieben ist; es sind darunter vier, wo bei mehreren Masernfällen regelmäfsig Pemphigus beobachtet wurde. In den beiden Fällen von F. war der Beginn des Pemphigus fast gleichzeitig mit den Masernprodromen, neue Nachschübe folgten auch nach Abblassen des völlig normal verlaufenen Masernexanthems, es bestand keine gegenseitige Beeinflussung beider Exantheme nach Form, Zeit und Art ihres Auftretens. F. vertritt daher die Ansicht, dafs masernkranke Kinder oder solche, welche im Inkubationsstadium der Masern sich befinden, eine besondere Disposition für Aufnahme des Pemphiguskontagiums besitzen, dafs es sich keineswegs aber um eine abnorme Exsudationsäufserung der Morbillen handle, welche Steiner als Morbilli bullosi sive pemphigoidei bezeichnet hat. In zweiter Linie bespricht F. das Vorkommen allgemein verbreiteten Emphysems bei Masern; er beobachtete zwei Fälle dieser Komplikation bei einem ca. 3- und einem 1½jährigen Kinde und führt weitere vier Fälle aus der Litteratur an. Das früheste Kindesalter bis zum 4. Lebensjahre soll speziell zu Emphysem der Lungen disponiert sein und dieses selten bei allgemeinem Emphysem fehlen. In den beiden Fällen von F. war der Respirationstrakt an der Masernerkrankung wesentlich beteiligt (in dem einen Fall Masernpneumonie, in dem anderen chronische Bronchitis), der weitere Vorgang ist der, dafs aus dem vesikulären ein interlobuläres, dann ein subpleurales Emphysem wird; die Luft wird, so lange die Schädlichkeit — häufige Hustenstöfse — fortbesteht, sich in die Gewebsmaschen zwischen Pleura und Lunge fortsetzen, vom Lungenchilus auf das Mediastinum übergreifen und schliefslich unter der Haut des Halses und der Brust zu Tage treten. Das Erscheinen von Hautemphysem ist zuweilen von schlechter prognostischer Bedeutung; von den drei Fällen Försters — als Nachtrag wird noch einer den zwei ersten ähnlich verlaufener hinzugefügt — starben zwei, während von den übrigen vier Fällen nur einer verstarb; die bestehende Grundkrankheit soll allein bezüglich eines ungünstigen oder günstigen Verlaufes entscheidend sein. Die Behandlung besteht in Punktion des Emphysems mit dem Troicart. *Stern-München.*

Der Wert der Koplikflecke für die Frühdiagnose der Masern, von Liebman. (*Med. Record.* 11. Juni 1898.) Verfasser hebt den eminenten Wert der zuerst

von Koplik beschriebenen Flecke an der Wangenschleimhaut für die Frühdiagnose der Masern und die rechtzeitige Isolation der Patienten hervor. In 50 Fällen liefs ihn das Symptom nicht einmal im Stich, stets traten die Flecke 1—2 Tage vor Ausbruch des Exanthems auf. In anderen Fällen kann die Diagnose durch das Auftreten der Flecke gesichert werden; ein Fall, der zuerst als Antipyrinexanthem angesehen wurde, wurde nach Nachweis der Flecke als Masern erkannt; ebenso ein anderer, der zuerst als sekundäres Syphilid gedeutet wurde, da der Patient einen harten Schanker gehabt hatte. *F. Hahn-Bremen.*

Masern bei einem Säugling, von F. Ch. Fitz Gerald. (*Brit. med. Journ.* 1. Okt. 1898.) Ein sieben Tage altes Kind erkrankte am 13. Mai mit Husten, Schnupfen, Augenkatarrh und Unruhe; am 15. Mai bedeckte ein charakteristischer Masernausschlag den gröfseren Teil des Körpers, am 17. Mai blafste das Exanthem ab und war am 20. Mai völlig verschwunden. In der Familie war zur Zeit der Niederkunft der Mutter des Kindes ein Masernfall bei einem dreijährigen Kinde vorgekommen.
C. Berliner-Aachen.

Masern in der Schwangerschaft, von H. Salus-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1899. No. 17.) Verfasser berichtet über einen der seltenen Fälle von Masern in der Schwangerschaft. Es ist eine bekannte Thatsache, dafs in solchem Falle die Gravidität durch die akute Infektionskrankheit gewöhnlich unterbrochen wird. Wenigstens trat dies, wenn man die Fälle von Klotz, Underhill, Schramm und Lomer zusammenfafst, bei 13 Frauen 10 mal ein, und zwar meist zur Zeit der Akme des Exanthems. Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine Zweitgebärende. Sechs Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende, zwei Tage nach dem Erscheinen des Masernausschlags, bei 39,4° Abendtemperatur nach etwa 2½stündiger Wehenthätigkeit Geburt eines 2600 g schweren lebenden Kindes, das weder Masern zeigte noch später acquirierte. Wochenbett normal. Von Interesse war die Untersuchung der Placenta, an deren der Mutter zugekehrten Seite mehrere tumorartige Blutgerinnsel der Decidua ohne jede begleitende Entzündung sich vorfanden. Dieser Befund spricht stark gegen Klotz, der eine Endometritis exanthematica als Ursache der vorzeitigen Wehenthätigkeit anspricht. Wahrscheinlich hat der Uterus als blutreiches Organ „auf den Reiz des fieberheifsen, Bakterien und Toxine führenden Blutes mit Blutungen geantwortet", ohne dafs es gleich zu einer Entzündung der Gebärmutterschleimhaut gekommen ist. Auch Schautas Lehre fällt somit in sich zusammen, der da behauptet: „nicht Wärmestauung oder Blutaustritt zwischen Ei und Uteruswand bedingt die Schwangerschaftsunterbrechung, sondern eine spezifische Endometritis." *Hopf-Dresden.*

Über Sepsis bei Masern, von C. Folger. (*Jahrb. f. Kinderheilk.* N. F. 46.) Wie die Beobachtung, Sektion und bakteriologische Untersuchung vorliegender zwei Fälle lehrt, können auch Masern rasch tödlich verlaufen, und zwar handelt es sich dann immer um eine Sekundärinfektion mit Streptokokken. In dem einen Falle ging der elf Monate alte Knabe noch im Blütestadium des Exanthems rapid zu Grunde, ohne dafs dieses oder die Untersuchung der inneren Organe oder das Allgemeinbefinden eine schwere Komplikation hätten vermuten lassen; bei der Sektion waren die Organe des Kindes geradezu durchwuchert von Streptokokken. Beim zweiten Falle, einem 2½jährigen Knaben, war der Verlauf kein so rapider, der Tod erfolgte erst am fünften Tage nach dem Ausbruche des Exanthems, das Krankheitsbild war das schwerster Form unkomplizierter Masern gewesen; während dieselbe doch gewöhnlich mit Genesung endet, trat hier unter zunehmendem Kollaps und Sinken der Herzkraft der Exitus ein, die Sektion ergab Streptokokken im Blute (Vena mediana,

4 Stunden nach dem Tode) und besonders in den Tonsillen, wenn auch nicht so reichlich wie in dem ersten Falle. *Stern-München.*

Über Nachschübe bei Masern, von VERGELY-Bordeaux. (*Gazette hebd. de méd. et de chir.* 6. Okt. 1898.) Den Ausgang der Abhandlung bildet ein Fall recidivierender Masern, wie ihn VERGELY in seiner 31jährigen Praxis zum ersten Male beobachtete. Ein 10jähriges Mädchen wurde von zwei Attacken der Morbillen befallen, jede für sich deutlich ausgesprochen, und so zwar, dafs am zehnten Tage nach beginnender Abschuppung das zweite Exanthem auftrat, während die katarrhalischen Symptome des zweiten Anfalls, sowie das Fieber schon am fünften Tage wieder einsetzten. Husten hatte überhaupt unverändert fortbestanden. Beim ersten Anfall, der in morbillöser Umgebung auftrat, bestanden Prodrome von achttägiger Dauer. Das erste Exanthem befiel den ganzen Körper und ging vom Gaumensegel aus, das zweite mit dem gleichen Ausgangspunkte beschränkte sich auf Gesicht, Hals und Brust, während die Glieder nur schwach affiziert waren. Die Abschuppung beim zweiten Anfall war weniger stark als beim ersten. Die zweite Eruption konnte nichts anderes als Masern sein. Medikamente waren nicht verabreicht worden, dabei bestand heftiges Fieber. Auch sprach Verlauf und Entwickelung des Exanthems gegen jedes andere akut infektiöse Leiden. — GINTRAC hat den Unterschied zwischen Nachschüben und Rückfällen zuerst besonders betont. Tritt ein zweiter Anfall kurze Zeit nach dem ersten in derselben Epidemie auf, so haben wir es mit einem Nachschub des durch das Maserngift erzeugten Leidens zu thun, beim Gegenteil handelt es sich um ein wirkliches Recidiv. Andere Autoren, wie BARTHEZ, SANNÉ, COMBY, lassen diese genaue Differenzierung aufser Acht. — Nachschübe wie Rückfälle bei Morbillen sind seltene Dinge. Bedeutende Kinderärzte haben zum Teil derartige Fälle gar nicht zu beobachten Gelegenheit gehabt. Viele Autoren erklären die berichteten Fälle für diagnostische Irrtümer (COMBY, BARTHEZ, SANNÉ.) Hingegen wollen TROJANOWSKI 7% und EONNET D'AURAY bei über 1500 Masernfällen 122 Recidive gesehen haben. VERGELY hält das wahre Recidiv von Masern für noch seltener als den ganz vereinzelt auftretenden Masernnachschub. Dem schliefst sich GINTRAC an, während DIEULAFOY in seinem *„Manuel de pathologie int."* das ganze Gegenteil behauptet, „Nachschübe wie beim Typhus kämen nie bei Morbillen vor." Dafs in dem vom Verfasser berichteten Falle etwa das zweite Exanthem eine Rötelneruption gewesen sei, hält der Autor infolge der Schwere der katarrhalischen Lungen- und Augenerscheinungen, sowie der Intensität des Ausschlages für ausgeschlossen. Bei Zusammenstellung aller einschlägigen Fälle ergiebt sich, dafs der Morbillennachschub zwischen dem 6. bis 40. Tage eintreten kann. Einzelne Beschreiber, wie SEVESTRE, FELTZ und EONNET D'AURAY, haben dabei deutliche Prodrome wie in VERGELYs Fall beobachten können. Höchstwahrscheinlich handelt es sich bei den Nachschüben um eine Autoreinfektion, wie zuweilen beim Typhus, eine Reinfektion, bei der die Krankheitserreger in einem geschwächten Körper zu einer Zeit wieder neues Leben gewinnen, in der das Blut wieder zu ihrer Entwickelung geeignet geworden ist. *Hopf-Dresden.*

Prophylaxe und Therapie der Bronchopneumonie bei Masern, von A. F. PLIQUE. (*Presse méd.* 25. Febr. 1899.) Die Bronchopneumonie morbillöser Kinder beruht auf einer sekundären Infektion, und zwar entweder externen Ursprungs (morbillöse Umgebung) oder auf durch die Körperbeschaffenheit der Kranken selbst gegebenen Ursachen (Excoriationes nasales und buccales, Ecthyma, Ekzem, Mandelentzündung). Die gewöhnlichen Saprophyten der Mundhöhle werden durch die Masernerkrankung bekanntermafsen bedeutend virulenter. Wir müssen also, um beiden In-

fektionsmöglichkeiten vorzubeugen, erstens die Kranken dermafsen isolieren, dafs floride Morbillen, inkubatorische Masern und morbillöse Pneumonien auf getrennte Räume verteilt werden, und zweitens auf die äufserste Reinhaltung der Haut (Sublimatbäder 1 : 15000; Bor-Jodoformvaseline) und der Schleimhaut des Oropharyngeonasaltraktus sehen (milde antiseptische Waschungen und Nasenspülungen). Auch therapeutisch spielt die Hygiene eine grofse Rolle. Das kranke Kind mufs in ein luftiges Zimmer von 17—18° R. gebracht werden. Die Luft ist durch Dampfsprays feucht zu halten. (Eukalyptusspray.) Um Hypostasen der Lunge zu entgehen, wird man das Kind, sofern es sehr klein ist, abwechselnd liegen lassen und tragen, ältere Kinder bald im Bett sitzen, bald liegen lassen und tragen, und zwar abwechselnd auf beiden Seiten des Körpers. Daneben sind anzuwenden abziehende Reizmittel auf die Extremitäten, ausgiebige diaphoretische Getränke (Milch, Limonaden), Sauerstoffeinatmungen, Ipecacuanha, Blutegel auf die Brust und Priessnitzsche Umschläge. Als Stimulans empfiehlt sich u. u. folgendes Recept: Natr. benzoic. 0,50; Ammon. acet. 1,50; Cognac invet. 8—12,00; Mucil. Gummi; Sirup. Toluv. ā 45,00. — Als Excitantien für das Herz sind Kaffee, Alkohol, Digitalis (3—10 Tropfen Tinktur je nach dem Alter), Kampferinjektionen und Injektionen von Coffeine nach Picot et d'Espines Formel zu empfehlen: Coffein 1,0; Natr. benzoic. 3,0; Aq. destill. 10,0. Ds. 1/4—1 Pravazspritze zu injizieren. — Ein letztes Zufluchtsmittel bleiben kühle Bäder von 22—24° R. *Hopf-Dresden.*

Über das gleichzeitige Vorkommen von Varicellen, Masern und eines scharlachartigen Rashs, von Feltz. (*Gazette hebd. de méd. et chir.* April 1898.) Dieses Vorkommen gehört nicht zu den häufigen, doch hat es Verfasser in einer Familienepidemie in unzweideutiger Weise konstatiert. So wurde ein Varicellenexanthem am folgenden Tage von einem Masernausschlag gefolgt und in seiner weiteren Entwickelung gehemmt. Bei einem anderen Kinde derselben Familie folgte auf Varicellen eine scharlachartige Eruption und wieder abortierten die ersteren. Dagegen wurde ein Masernexanthem in keiner Weise durch Varicellen und ebenso wenig durch eine scharlachartige Eruption beeinflufst, welche einige Tage vorher ausgebrochen waren. Varicellen und Masern können gleichzeitig ausbrechen. Nach den Erfahrungen des Verfassers beträgt die Inkubationsdauer der Masern 10 Tage, nach anderen 8½—17 Tage. Die Varicellen begleitende Rashs sind sehr selten und hat sie Verfasser in der genannten Familienepidemie zum ersten Male gesehen. Bei Variola geht der Rash dem Exanthem immer voraus, bei Varicellen kann er diesem vorausgehen, ihn begleiten oder erst nach dem Ausbruch des Exanthems auftreten. Unter den scharlachartigen Eruptionen unterscheidet er die symptomatischen und das idiopathische scharlachartige Fieber. Zu dem letzteren zählt er die Ausschläge, die er bei kleinen Kindern unter sechs Monaten beobachtet hat: heftiges Fieber, Kräfteverfall, Somnolenz oder Aufgeregtheit; am folgenden Tage bricht das Exanthem aus, während die Allgemeinerscheinungen abnehmen; am dritten Tage ist alles vorüber. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Varicella gangraenosa, von A. S. Turner. (*Brit. med. Journ.* 10. Sept. 1898.) Ein 7 Monate altes Kind erkrankte mit vier anderen Geschwistern an Schafpocken. Während die Geschwister rasch gesund wurden, war der Verlauf bei dem Kinde ein überaus schwerer. Am dritten Tage der Erkrankung zeigte dasselbe am Abdomen mehrere erythematöse Stellen. Gleichzeitig war die Temperatur stark erhöht. Am fünften Tage zeigten einige Varicellen ein nekrotisches Aussehen. Am achten Tage verschorften die erythematösen Stellen am Abdomen en masse und

bildeten grofse, gangränöse Geschwüre, die von einer breiten entzündlichen Zone umgeben waren. Unter Kollapserscheinungen starb am nächsten Tage das Kind.

C. Berliner-Aachen.

Beobachtungen über eine ansteckende Krankheit unter Laskaren, die enge Beziehungen zu Variola und Varicellen zeigt, von THOMSON und BROWNLEE. (*Lancet.* 22. Okt. 1898.) Verfasser beobachteten unter der laskarischen Besatzung eines von Calcutta kommenden Dampfers eine Epidemie, die viel Ähnlichkeit mit Pocken und Varicellen darbot. Da die Leute unterwegs nirgends an Land gekommen waren, so mufs die ursprüngliche Ansteckungsquelle in Indien zu suchen sein. Die Krankheit verlief ohne starke Allgemeinsymptome und endete stets in Genesung. Das hervorragendste Symptom war die Hautaffektion; zunächst traten grofse harte, spitze Papeln auf, anfangs farblos, später tiefdunkelrot werdend. Viele von diesen gingen in Bläschen über, deren Gröfse zwischen $^1/_8$ und $^1/_4$ Zoll Durchmesser schwankte. Die Bläschen hatten klaren Inhalt, waren einkammerig und hatten keine Delle. Allmählich wurde der Inhalt seropurulent, viele Blasen platzten und alle trockneten nach 2—3tägigem Bestehen aus und es blieben nach Abheilung der Krusten mäfsig tiefe, weifse Narben zurück. Was die Beziehungen zur Impfung anbelangt, so waren 13 der befallenen 16 Patienten früher erfolgreich geimpft, während drei deutliche Spuren zeigten, dafs sie die natürlichen Blattern überstanden hatten. *F. Hahn-Bremen.*

Bemerkungen über eine Krankheit bei Laskaren, die Beziehungen zu Variola und Varicellen bot, aber sich von beiden in bestimmten Punkten unterschied, von THOMSON. (*Glasgow. med. Journ.* Okt. 1898.) In der Glasgower medizinisch-chirurgischen Gesellschaft teilte Verfasser seine oben referierten Beobachtungen ebenfalls mit; er erinnert an eine ähnliche Epidemie in Kingston vor circa 30 Jahren. BROWNLEE teilt mit, dafs in Südafrika eine ähnliche Erkrankung unter dem Namen „Kaffernpocken" vorkommt, welche auch die Europäer nicht befällt.

F. Hahn-Bremen.

Thatsachen über Pocken und Impfung. (*Brit. med. Journ.* 5. März 1898.) Diese von der British Medical Association angenommene und zur Verbreitung bestimmte Schrift enthält in kurzen, drastischen Zügen die wichtigsten Punkte und zeigt die Vorteile, welche die Impfung den Pocken gegenüber gebracht hat.

F. Hahn-Bremen.

Die deutsche Marine und die Pocken, von GLOBIG. (*Brit. med. Journ.* 16. Sept. 1898.) In ROTHS Jahresbericht 1897 finden wir statistische Angaben über den Gesundheitszustand der deutschen Marine. Vom 1. April 1893 bis 31. März 1895 gab es in derselben keinen einzigen Fall von Variola. Das ausgezeichnete Resultat ist auf die strenge Handhabung der Vaccination und Revaccination zurückzuführen.

C. Berliner-Aachen.

Die Blattern und die Vaccination in Mailand, von BIZZOZERO. (*Giorn. d. r. Soc. Ital. d'Igiene.* 1898. No. 1.) In einem langen Vortrage, gehalten in der Italienischen Gesellschaft für Hygiene, tritt Redner aufs wärmste für die Schutzpockenimpfung ein und erwähnt die günstigen Resultate, die speziell damit in Mailand erzielt worden sind, seitdem die Vaccination in einem grofsen Mafsstabe praktiziert wird. Gleichzeitig rät aber Redner, auch die anderen Infektionskrankheiten zu bekämpfen, indem Italien jährlich bei derselben Bevölkerungszahl 200—250000 Todesfälle mehr als England aufweist. *C. Müller-Genf.*

Die Pockenepidemie in Middlesbrough und ihre Lehren. (*Brit. med. Journ.* 9. April 1898.) Die von Novbr. 1897 bis Ende März 1898 grassierende Epidemie, die

1200 Personen ergriff, giebt erwünschte Gelegenheit, den Impfgegnern die Nützlichkeit der Impfung, vor allem aber auch die Notwendigkeit der Wiederimpfung statistisch vor Augen zu führen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein kurzer Bericht über die Pockenepidemie in Middlesbrough 1897—98, von Dingle. (*Lancet.* 23. April 1898.) Auch dieser Bericht erweist die segenbringende Wirkung der Impfung, wie sie sich bei der schon einmal von uns besprochenen Epidemie in Middlesbrough zur Evidenz herausstellte.
F. Hahn-Bremen.

Impfung und Impfnarben, von Lowe-Edinburgh. (*Lancet.* 1. Okt. 1898.) Gegenüber den Schädigungen, die das neue Impfgesetz mit seiner Gewissensklausel dem englischen Volke bringt, empfiehlt Verfasser dem Ärztestand einen doppelten Weg einzuschlagen; 1. die Impftechnik zu vervollkommnen, so dafs der Eingriff nicht nur schmerz-, sondern auch gänzlich gefahrlos wird; 2. das grofse Publikum eben von dieser Gefahr- wie Schmerzlosigkeit zu überzeugen und die enormen Vorzüge der Impfung dabei ins rechte Licht zu setzen. Auch der grofse Lister sprach es im englischen Oberhause aus, die Zeit völlig antiseptischer Impfung sei nicht mehr fern. Copemans Glycerinlymphe ist schon ein Schritt weiter dazu. Aber die Impfnarben, als Überbleibsel eines Eiterungsprozesses beweisen am besten, dafs heute die Impfung kein antiseptischer Vorgang ist. Lowe bestreitet, dafs die Eiterung ein notwendiger Bestandteil des Impfprozesses sei. Er impft seit 25 Jahren antiseptisch, und zwar so, dafs er am 6. oder 7. Tage auf die wasserhelle Vesikel mittelst feinen Pinsels reine Karbolsäure aufstreicht, die nach einigen Sekunden wieder abgewischt und -gespült wird und zwar mit heifsem Wasser. Die Umgebung der Bläschen wird mit Öl eingerieben, auf die karbolisierte Vesikel wird Watte aufgelegt. Jede Narbenbildung wird bei dieser Handhabung ausgeschlossen. Lowe hätte gerne umfangreiche Versuche angestellt, ob bei Wiederimpfung so geimpfter Personen die Pocke ausbleibt, was ja für den Erfolg der von ihm geimpften Methode spräche, aber keine Behörde will ihm „zu Versuchszwecken" Material zur Verfügung stellen. *Hopf-Dresden.*

Über Immunität nach erfolgloser Vaccination, von Bondesen. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 28.) Verfasser sah oft, dafs eine Impfung mit guter, kräftiger Lymphe erfolglos blieb, wenn eine Impfung mit schwacher oder wenig wirksamer Lymphe „ohne Erfolg" vorhergegangen war; er schliefst daraus, dafs eine Impfung, welche keine Pustelung hervorruft und danach anscheinend als erfolglos zu verzeichnen ist, trotzdem im stande ist, einen gewissen Schutz zu verleihen, welcher sich dadurch zu erkennen giebt, dafs die betr. Kinder sehr oft für kürzere oder längere Zeit immun gegen spätere Nachimpfung werden. *F. Hahn-Bremen.*

Fünfter, sechster und siebenter **Jahresbericht des Parc Vaccinogène zu Weltevreden** (1895—97), herausgegeben von Roll und seinem Nachfolger im Amte, Dr. Grijns. Dem Bericht sind gleichzeitig die drei ersten Jahresberichte über die Thätigkeit des Institut Pasteur, das mit dem ersteren Institute verbunden ist, beigegeben. Die Laboratorien sind nach den neuesten Erfordernissen eingerichtet. Die Anzahl der gegen Blattern geimpften Europäer, Eingeborenen und Militärs betrug 1895: 2690, 1896: 3045, 1897: 3731. Gegen Hundswut wurden in denselben Jahren geimpft: 625 Personen. Die Resultate waren bei den letzteren ziemlich günstige, jedoch nicht so günstige wie in Paris und anderen europäischen Städten; der Leiter der Anstalt hofft aber dieselben zu erreichen. (*Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. India.* Bd. 38.) *C. Müller-Genf.*

Vaccination mit besonderer Berücksichtigung der bevorstehenden Gesetzgebung, von Bond. (*Lancet.* 20. August 1898. *Brit. med. Journ.* 13. August 1898.) Der in der Brit. Med. Association gehaltene Vortrag bespricht in grofsen Zügen die Impfung und den Impfzwang vom öffentlichen und staatsgesundheitlichen Standpunkte aus und weifst auf die Vorteile hin, die eine straffere Gesetzgebung, als die bevorstehende Impf-Bill sie bietet, für die allgemeine Durchführung der Impfung haben würde, sowie auch auf die Vorteile, die eine staatliche Produktion und Kontrolle der Lymphe mit sich bringen wird. Die vorliegende Bill soll infolgedessen abgelehnt werden. *F. Hahn-Bremen.*

Die Schwierigkeiten des neuen Impfgesetzes, von W. Robertson. (*Lancet.* 25. Febr. 1899.) Diese Zuschrift an den Herausgeber macht auf die Mängel und Ungerechtigkeiten des neuen englischen Impfgesetzes gegenüber den mit den öffentlichen Impfungen betrauten Ärzten aufmerksam. — Aus einer ganzen Reihe von Mitteilungen in englischen medizinischen Blättern geht übrigens deutlich hervor, dafs dieses Gesetz geradezu ein Monstrum genannt zu werden verdient, zum mindesten, wie Lord Lister sagt, ein grausiges Experiment. Nach dem sogenannten Conscience clause steht es den Eltern frei ihre Kinder der Impfung überhaupt zu entziehen, wenn sie vor einer Magistratsperson unter Eid aussagen, dafs sie gewissenhafte Bedenken gegen das Impfen hegen. Andererseits sind die Impfärzte angewiesen, die zu impfenden Kinder in der Wohnung der Eltern aufzusuchen und dort die Impfung vorzunehmen. Aufserdem besagt eine Notiz im *Lancet* vom 18. Febr., dafs der Regierungsvertreter die Zusage betreffs Einbringung einer Vorlage über Wiederimpfung während der gegenwärtigen Session so gut wie zurückgezogen hat, was geradezu einer Täuschung gleichkommen würde. *Philippi-Itzehoe.*

Das neue Impfgesetz in England, von Vallin. (*Rev. d'hygiène et de police san.* 1898.) Verfasser kritisiert das neue englische Impfgesetz (Vaccination Act vom 12. August 1898), welches die medizinische Welt um so mehr in Staunen gesetzt hat, als es in einem Lande sanktioniert worden, dem die Ehre gebühre, sich das Vaterland des grofsen Jenner nennen zu dürfen. Es betrachtet es als ein politisches Machwerk, das keineswegs berufen ist, das Ansehen des parlamentarischen Regimes zu erhöhen. Er tadelt bei dieser Gelegenheit aufs heftigste die Unverschämtheit gewisser politischer Organe in Frankreich *(Libre Parole)*, die sich nicht gescheut haben, Jenner den „gröfsten Verbrecher der Menschheit" zu nennen. Zu den Ursachen, welche diesen schmählichen Rückschritt herbeigeführt haben, zählt Verfasser unter anderen den in England so sehr entwickelten Sinn für persönliche Freiheit, dann aber andererseits den von den aufserordentlich zahlreichen Sekten gepflegten religiösen Fanatismus und Bigotismus, der zur Gründung der Liga der Antivaccinisten geführt hat. Eine weitere Ursache der Antiimpfbewegung wäre in der englischen Gesetzgebung selbst zu suchen. Es bestehen nämlich in diesem Lande gewisse lokale Behörden, die „Boards of guardians", denen die Verwaltung des Armenwesens zukommt und damit unter anderen die Aufsicht über die Ausführung des Impfgesetzes. Diese Behörden nun, sei es aus Überzeugung, sei es aus Ängstlichkeit vor der öffentlichen Meinung, haben von jeher eine grofse Abneigung gegen die Anwendung der Vaccination Act von 1867—71 an den Tag gelegt. Endlich kommen noch die Wahlmanöver der Regierung selbst in Frage. *C. Müller-Genf.*

Bericht der Impfkommission 1896, von Boyd. (*Transact. of the Royal Acad. of Med. in Ireland.* XV.) Der Bericht läuft auf eine Empfehlung der gesetzlichen Regelung des Impfwesens mit Impfzwang, Wiederimpfung etc. hinaus und ist unter-

schrieben von elf Mitgliedern der Kommission, während zwei anderer Meinung über die Wirksamkeit der Impfung sind. *F. Hahn-Bremen.*

Impfausschläge, von Robert J. Carter. (*Lancet.* 20. Aug. 1898.) Verfasser beschäftigt sich mit den mannigfachen Formen der nach stattgehabter Impfung auftretenden Ausschläge; er teilt sie ein 1. in solche, die lediglich der Impfung mit reiner Lymphe zur Last fallen, wie sekundäre Impfung an unbeabsichtigter Stelle, oder Urticaria, Erytheme etc. vor stattgehabter Blasenbildung, oder morbilliforme, scarlatiniforme und ähnliche Exantheme, die ihr Auftreten der Resorption des Virus verdanken; weiter nennt er als Folgen der Impfung Eccema, Psoriasis, Pemphigus, kongenitale syphilitische Ausschläge. Die 2. Gruppe bilden diejenigen Eruptionen, die ihr Entstehen dem gemeinsamen Wirken der Lymphe und eines anderen Giftes verdanken; dazu gehört Impetigo, konstitutionelle Syphilis, Lepra, Tuberkulose, ferner Erysipel, Furunkulose, Phlegmone, Gangrän, Pyämie. *F. Hahn-Bremen.*

Momentane Kontraindikationen der Impfung, von St. Yves-Ménard. (*Gaz. des malad. infant.*) In den Pariser Gebäranstalten werden sämtliche Kinder vor ihrem Austritte, also schon sehr frühzeitig, geimpft. Eine Ausnahme bilden allein diejenigen Kinder, deren Körpergewicht 2500 g nicht erreicht. In den Familien werden im allgemeinen die Schutzimpfungen erst später vorgenommen. Die einzige Kontraindikation gegen dieselbe bildet dann das Vorhandensein eines impetiginösen Ekzems und zwar aus dem Grunde, weil sich auf dem Boden eines solchen sehr leicht, wahrscheinlich durch direkte Übertragung der Lymphe, durch die Kleider oder fremde Hände auf die affizierten Stellen, eine ausgedehnte Vaccineeruption entwickelt, die zwar an sich ungefährlich ist, aber zur Bildung unangenehmer Narben führt. Eine heilende Wirkung auf Hautaffektionen, wie dies behauptet worden, vermag die Schutzpockenimpfung, mit Ausnahme der erektilen Tumoren, kaum auszuüben.

C. Müller-Genf.

Ein Fall von Infektion der Genitalien mit Vaccine, von Maillefert. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 18.) Bei einer im siebenten Monat der Schwangerschaft stehenden Frau, die vor 14 Jahren zum letztenmale mit Erfolg geimpt worden war, fanden sich an der Innenseite der linken grofsen, stark geschwollenen Schamlippe drei etwa bohnengrofse, flache Bläschen von mattgelber Farbe, ein gleiches Bläschen an der linken kleinen, kugelförmig geschwollenen Schamlippe; die geschwollenen Teile waren bei der Berührung und beim Gehen sehr schmerzhaft. Schmerzen und Schwellung verschwanden erst nach sechs Tagen, nachdem die Blasen geplatzt waren. Die Stellen, an denen die Blasen gesessen hatten, zeigten noch nach Wochen dunklere Färbung. Es handelte sich um eine Übertragung von Vaccine auf die Genitalien: die Frau hatte den stark geschwollenen Arm ihres vor elf Tagen geimpften Kindes mit Leinwandläppchen bedeckt und eines dieser Läppchen nach oberflächlicher Reinigung zum Auswischen der Schamspalte benutzt. Der relativ schwere Verlauf der Erscheinungen wird erklärt durch die während der Schwangerschaft bestehende Auflockerung der Gewebe und ihre Empfänglichkeit für entzündliche Prozesse. Die durch den bestehenden starken Ausfluss verursachten Epithelerosionen begünstigten zweifellos das Zustandekommen der Infektion.

Göts-München.

Zur Impftechnik, von L. Hesse. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 14.) Verfasser empfiehlt dringend zur aseptischen Impfung die Weichardtschen zweischneidigen Impfspatel, die im Gebrauch auf die Dauer billiger sind als die Impfstahlfedern; diese werden nach einmaligem Gebrauch weggeworfen, während die Nickelspatel

sich sicher und leicht immer wieder sterilisieren lassen. Mit 75 solchen Nickelspateln hat er 1100 Impfungen ohne eine einzige Komplikation vollzogen.

F. Hahn-Bremen.

Aseptische Schutzpockenimpfung, von W. Pöppelmann-Coesfeld. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 10.) Die Forderungen, welche an eine ideale Impfungsmethode zu stellen sind, sind folgende: 1. Animale, von differenten Bakterien freie Lymphe. 2. Sterile Instrumente. 3. Sterile Impffläche. 4. Vermeidung von postvaccinalen Infektionen. 5. Schnelle Ausführbarkeit. 6. Geringe Kosten. — Ad 1. Die Herstellung animaler, von pathoforen Keimen freier Lymphe wird durch die Landesimpfinstitute besorgt. Ad 2. Als sterile Instrumente genügen die als Stahlfedern hergestellten Impfstahlfedern (Vaccinostyle à 2,5 Pf.), die en masse in einem mit Watte verschlossenen Reagenzglase sterilisiert werden. Ad 3. Die beste Desinfektionsmethode des Impffeldes besteht in Abreiben desselben mit sterilisierter und in absoluten Alkohol getauchter Watte. Alle anderen Desinfektionen beeinträchtigen die Entwickelung der Impfpusteln. Ad 4. Die postvaccinalen Infektionen werden am besten durch die von Wiskemann & Co. in Kassel hergestellten Celluloid-Impfschutzkapseln vermieden. Doch sind dieselben noch sehr teuer (à Stück 2 Mark.) Ad 5. In zwei Reagenzröhren fällt man 2%ige Sodalösung, legt in das eine Glas eine Pincette, in das andere die Vaccinationsstahlfedern, stopft die Gläser mit steriler Watte zu und hält die Reagiergläser über die Spiritusflamme; fünf Minuten muſs die Flüssigkeit kochen, um die Instrumente steril zu machen. Im Impflokale werden die Oberarme entblöſst und die zu impfenden Stellen derselben mit steriler Watte und absolutem Alkohol (ein Arm nach dem andern) abgerieben. Dann wird die Sodalösung von den Impfstahlfedern und der Pincette abgegossen und die Instrumente auf steriler Watte oder frischen Servietten etc. ausgebreitet. Mit der sterilen Pincette werden die sterilen Impfstahlfedern angefaſst und in einen Federhalter gesteckt und damit geimpft. Auf die Impfstellen kommt dann event. die Impfschutzkapsel. Die einmal benutzten Federn wirft man entweder weg oder steckt sie in eins der Reagenzröhrchen, um sie zu Haus abermals zu sterilisieren und von neuem zu verwenden. Ad 6. Abgesehen von den Impfschutzkapseln ist das Verfahren sehr billig; die Impffedern kosten 2½ Pf. pro Stück, 100 g absoluter Alkohol = 60 Pf., 100 g Watte = 40 Pf. Jede Impfung kostet also pro Kopf 3½ Pf. und wenn man die Federn öfters verwendet, noch weniger. — Kommen trotzdem postvaccinale Infektionen vor, so sind dieselben von den Impflingen selbst durch Kratzen mit unreinen Fingern hervorgerufen und ist der Arzt schuldlos. Hier müſste die Landesbehörde eingreifen durch Beschaffung billiger Schutzkapseln.

P. Taenzer-Bremen.

Das Virus der Vaccine und seine Kultivierung, von Kent. (*Lancet.* 21. Mai 1898.) Verfasser beschreibt als wirksames Agens des Impfstoffs einen Diplobacillus, den er in allen Fällen nachweisen konnte, den er in Reinkulturen züchtete und dessen Kulturen typische Impfwirkung zeigten.

F. Hahn-Bremen.

Der spezifische Organismus der Lymphe, von Stanley Kent. (*Lancet.* 17. Dezbr. 1898.) Verfasser giebt weitere Mitteilungen über den von ihm gefundenen und als spezifischen Träger des Impfschutzes angesehenen Diplococcus vaccinae; er schildert Kulturverfahren, Färbemethoden, Tierversuch etc. *F. Hahn-Bremen.*

Die Wirksamkeit der Glycerinlymphe, die von den Vaccinatoren des New Yorker Gesundheits-Departments bei Erstimpfungen gebraucht wird, von Fielder. (*Med. News.* 8. Oktbr. 1898.) Verfasser giebt die statische Übersicht über

die Wirksamkeit der vom Vaccine-Laboratorium dargestellten, mit Glycerin präservierten Lymphe. Dieselbe ergab bei 20 420 Impfungen 99,363 % Erfolge.

F. Hahn-Bremen.

Cow-Pox und humanisierte Vaccine, von Fiorentini. (*Giorn. d. r. Soc. d'Igiene.* April 1898.) Verfasser erwähnt eine kleine Epidemie von Cow-Pox, welche aufgetreten, nachdem wegen einer bestehenden Variolaepidemie die Hausbewohner mit Einschluſs der melkenden Knechte geimpft worden waren. Die Knechte, die an den Armen schön entwickelte Impfpusteln zeigten, hatten das Virus auf die Zitzen der Kühe übertragen und die Epidemie verschuldet. *C. Müller-Genf.*

Verschiedenes.

Über Atresia ani congenita nebst Mitteilung eines Falles von **Atresia ani urethralis** mit kongenitaler Dilatation und Hypertrophie der Harnblase, doppelseitiger Ureterenerweiterung und Hydronephrose, Uterus masculinus und Klumpfüſsen, von Arthur Dienst-Breslau. (*Virch. Arch.* Bd. 154, Heft 1.) Aus der umfangreichen und zum gröſseren Teil entwickelungsgeschichtlichen Arbeit sei hier nur hervorgehoben, daſs Dienst für seinen Fall als Ursache der Atresia ani congenita eine Hemmungsbildung im Bereich der entodermalen Kloakenanlage annimmt und gleichzeitig eine abnorme fötale Verwachsung bezw. Verwachsung fötaler Gewebsspalten, weil auch der Anus bindegewebig verschlossen war. Der Reichelsche Kloakengang, das ursprüngliche Verbindungsstück zwischen Mastdarmende und Sinus urogenitalis war erhalten geblieben bezw. zum Teil erhalten, weswegen D. von einer Atresia ani urethralis spricht. Das Interessante an dem Fall ist weiter, daſs nach den Darlegungen des Autors die gestauten Mekoniummassen durch Druck auf die Blase und Verlegung dieser zu einer Dilatation und Hypertrophie der Harnblase geführt haben. Die fötale Harnstauung hatte weiter in Verbindung mit der stark gefüllten Flexura sigmoides links eine mäſsige Ausdehnung des Ureters mit konsekutiver Hydronephrose bewirkt. Die Energie, mit welcher der Organismus die der Harnentleerung entgegenstehenden Hindernisse zu überwinden versuchte, spricht für die Lebhaftigkeit der fötalen Harnsekretion. Das beweist, daſs der gröſste Teil des Fruchtwassers von den kindlichen Nieren geliefert wird. Hier war das Fruchtwasser vermindert. Die abnormen Druckwirkungen der Uteruswandung können daher bequem für die Klumpfuſsstellung verantwortlich gemacht werden. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Kasuistische Mitteilungen aus der dermato-venerologischen Praxis, von Prissmann. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 12.) Verfasser berichtet über einen Fall von Erythema exsudativum multiforme mit hühnereigroſsen Blasen, ferner über eine Epidemie von Herpes tonsurans maculo-squamosus universalis, endlich über Urethralschanker; einer derselben, in der Mitte des Gliedes sitzend, kann seine Entstehung nur einer von anderer Seite vorgenommenen Blennorrhoebehandlung verdanken. Endlich warnt er vor dem Ultzmannschen Katheter aus Hartgummi, ihm brach ein solcher in der Harnröhre ab und muſste durch Urethrotomia externa entfernt werden. *F. Hahn-Bremen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 4. 15. August 1899.

Über das Eccema seborrhoicum Unna als Familienkrankheit.

Ein klinisch-statistischer Beitrag aus der hausärztlichen Praxis zur Lehre vom Ekzem.

Von

Dr. med. Georg Bonne-Klein Flottbeck.

Seit über zehn Jahren habe ich in meiner hausärztlichen Praxis die Beobachtung gemacht, dafs das Vorkommen des Ekzems in einer sehr grofsen Anzahl von Familien Hand in Hand geht mit dem Vorkommen zahlreicher Erkrankungen der verschiedensten Schleimhautgebiete, nicht nur, wie es seit langem bekannt ist, mit dem Ekzem der Augenlidränder und der Conjunctiva, sondern auch mit denen des Atmungs- und Verdauungstractus.

Diese Beobachtungen bekamen einen klinisch-pathologischen Hintergrund durch das Studium der Unnaschen Schrift über das seborrhoische Ekzem (*Sammlung klinischer Vorträge*, No. 79, 1893). Ich fand Unnas Sätze, die ich hier noch einmal folgen lassen möchte, voll und ganz bestätigt, ja, es will mir scheinen, als ob die bescheidene Statistik, welche ich im folgenden gebe, die Sätze Unnas nicht nur bestätigt, sondern geradezu in ihrer Bedeutung erweitert und so das Eccema eine Bedeutung gewinnen läfst, welche geradezu berechtigt, das Eccema seborrhoicum Unna als die Basis einer der häufigsten Familienkonstitutionen zu betrachten, welche ich die ekzematöse nennen möchte, und welche die sogenannte skrophulöse, die adenoide, lymphatische u. s. w. nicht nur umfafst, sondern auch in ihrer Pathogenese erklärt.

Unna schreibt auf Seite 683 und 684 in der angezogenen Arbeit:

„Ich stimme Elliot, welcher eine sehr dankenswerte Arbeit über das seborrhoische Ekzem veröffentlicht hat, bei, dafs die meisten Patienten, welche mit typischen Formen sich vorstellen, jugendliche Individuen zwischen 20 und 30 Jahren sind. Es wäre aber weit gefehlt, wenn man deshalb annehmen wollte, dafs erst in diesem Lebensalter eine besondere Neigung zu stärkeren seborrhoischen Ausbrüchen hervorträte. In den meisten dieser Fälle ergiebt eine sorgfältige Anamnese, dafs die Betreffenden schon ein ganzes „seborrhoisches“ Leben hinter sich haben, dafs sie als

Säuglinge an „Milchborke“ und eventuell an seborrhoischen Ekzemen des Gesichts litten, dafs sie als Knaben bei prächtigem Haarwuchs schon an übermäfsigen Kopfschuppen, als Jünglinge an vorzeitigem Haarschwund laborierten, dafs nach interkurrenten fieberhaften Krankheiten (Masern, Scharlach, Typhus) die Haare ausgingen, „aber seitdem nie gut wiederkamen,“ dafs sie wegen „Borken“ in den Wimpern und beständiger Reizung der Konjunktiven häufig den Augenarzt konsultieren mufsten, dafs nach jeder stärkeren körperlichen Anstrengung an den Kontaktstellen (Achseln, Hinterbacken, Cruroscrotalfalten) juckende und rasch sich ausbreitende Proruptionen zum Vorschein kommen u. s. f. Immer wieder gewahrt bei solchem Rückblick über die kleinen, wenig beachteten, nie im Zusammenhange gewürdigten Hautleiden der Patient mit Erstaunen, der Arzt mit Befriedigung den roten Faden, der sich durch die Vorgeschichte des augenblicklich vorliegenden Ekzems hindurchzieht und auf das Vorhandensein eines besonderen Keimes einerseits, einer bestimmten Hautdisposition andererseits hinweist. Sind die Patienten Kinder, welche von ihren Eltern vorgestellt werden, und bedrängen diese — wie gewöhnlich — den Arzt mit der ebenso leicht gestellten wie schwierig beantworteten Frage, woher denn nun gerade ihr Sprösling mit dem Hautausschlag begabt sei, so genügt in 90 unter 100 Fällen ein Blick auf den kahlen Scheitel des Vaters, eine eben beginnende Rosacea der Mutter, um die Familienanamnese zu vervollständigen und die erstaunten Eltern darüber aufzuklären, dafs in diesem Falle nicht „die Milch einer Amme“, sondern eine von ihnen ererbte Disposition der Haut die meiste Schuld trage.

Was die absolute Häufigkeit des seborrhoischen Ekzems betrifft, so läfst sich eine solche heute noch kaum feststellen. Der Grund ist einfach, aber sehr bemerkenswert. Ein jeder Beobachter macht nämlich an sich selbst die Erfahrung, dafs je länger er diese Krankheit studiert und besonders je mehr er der Variabilität des Krankheitsbildes in den Familien und mehreren Generationen solcher nachgeht, dafs für ihn von Jahr zu Jahr die Anzahl der seborrhoischen Ekzeme im Vergleich zu der Summe der Ekzeme überhaupt steigt.“

Ich lasse nun die Statistik, wie die hausärztliche Praxis sie mir geboten hat, folgen.

No.	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
1.	K., Tischler	Mutter schuppiges Ekzem des Kopfes. Zarte Frau. Z. Zt. 35 J. alt. Schlechte Zähne.	1 Tochter als Säugling „Milchborke“, recidivierendes Ekzem („schuppige Flecke“). Z. Zt. 5 Jahre alt.	Nasenrachengranulationen, Neigung zu Lungen- und Magenkatarrhen.	Mutter und Kind hellblond.
2.	Br., Kaufm.	Vater schuppiges Ekzem des behaarten Kopfes, ölige Form des Ekzems im Gesicht. Neigung zu Ohrschmalzpfropf., Lungen- u. Magenkatarrh, schlechte Zähne, künstliches Gebifs, Nervosität. Kräftiger Mann. Z. Zt. 45 J. alt.	2 Töchter u. 1 Sohn als Säuglinge schuppendes Ekzem mit Neigung zu Borkenbildung, jetzt noch im Alter von 8—14 Jahren „schuppige Flecke“.	Alle drei Neigung zu Mandelentzündungen, Magen- und Lungenkatarrhen, zu Diphtherie. Alle drei Granulationen und vergröfs Mandeln, Schwellung der Nasenschleimhaut.	Dunkelblond. Mutter aus hochblonder Familie mit sehr zartem Teint.

No.	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
3.	W., Kaufm.	Mutter schuppendes Ekzem des Kopfes. Chron. Schnupfen und Paukenhöhlenkatarrh mit Schwerhörigkeit. Schlechte Zähne, künstliches Gebifs. Kräft. Frau. Z. Zt. 35 J. alt.	1 Sohn u. 1 Tochter beide schuppige Flecke, der Sohn als Säugling wiederholt Attacken von universellem Ekzem mit Neigung zu Bläschenbildung. Z. Zt. 5 u. 7 Jahre alt.	Beide Kinder Granulationen, Neigung zu Magen- und Lungenkatarrhen, Anginen, sonst sehr kräftige Kinder.	Hellblond.
4.	St., Kaufm.	Mutter schuppendes Ekzem, als Kind universelles Ekzem und Granulationen. Kräftige Frau, hellblond. Zähne plombiert.	1 Sohn u. 2 Töchter (6, 3 und 7 Jahre alt) schuppiges Ekzem (Flecke bei Ostwind im Gesicht).	Alle drei Granulationen, Neigung zu Anginen, sonst sehr gesunde, kräftige Kinder.	Hellblond.
5.	B., Sattler	Vater dunkelblond, schuppendes Ekzem des Kopfes. Kräftiger Mann. 45 Jahre. Schlechte Zähne.	3 Söhne schuppendes Ekzem. Im Alter von 12—19 Jahren.	Der 1. hat Nasengranulationen, der 2. häufiges Nasenbluten, der 3. häufigen Ohrkatarrh u. Conjunctivitis.	Dunkelblond.
6.	N., Fabrikant	Mutter kräftige Frau, schuppendes Ekzem, starke Neigung zu chronisch. Lungen- u. Magenkatarrh. 40 Jahre. Schlechte Zähne, künstliches Gebifs.	2 Töchter u. 1 Sohn schuppige Flecke; 3—14 Jahre alt.	Alle drei Granulationen. Sonst gesund und kräftig, wie die obigen.	Hellblond.
7.	K., Schneiderin	Mutter schuppend. Ekzem des Kopfes, borkenbildendes an beiden Beinen. Nasen-, ohr- und magenleidend. Anämische, nervöse Frau. Von Haus aus kräftig. 45 Jahre alt. Schlechte Zähne, künstliches Gebifs.	3 Söhne u. 1 Tochter im Alter von 7—16 Jahren, alle vier „Schuppen“.	Sämtlich Granulationen, vergröfserte Mandeln, Neigung zu Anginen und Conjunctivitis, Magen- und Darmstörungen.	Hellblond.
8.	A., Arzt	Vater 50 Jahre. Kopfschuppen, leichte Seborrhoe der Stirn, chronischer Bronchial- u. Rachenkatarrh. Robust. Schlechte Zähne. Bruder desselben an chronischem Bronchialkatarrh gestorben.	6 Kinder gesund, Neigung zu Schuppen und spröder Haut bei scharfem Wind.	2 Knaben an Granulationen operiert. 2 andere Kinder suspekt auf Granulationen.	

No.	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
9.	G., Offizier	Mutter Kopfschuppen. Magenleidend. Conjunctivitis als Kind. Mehrmals Ohrpfropf. 45 Jahre. Sonst kräftig und gesund. Schlechte Zähne. Eine Schwester der Frau als Kind Ekzem, später Ulcus ventriculi, mit 37 Jahren Carcinoma ventriculi.	1 Sohn u. 1 Tochter beide Kopfschuppen, der Sohn aufserdem schuppende Flecke im Gesicht, besonders bei Ostwind. 12—16 Jahre.	Beide Granulationen, beide Neigung zu Bronchialkatarrhen, beide doppelseitige Otitis media mit Trommelfelddefekten. Der Sohn neigt zu Erbrechen.	Hellblond.
10.	D., Obergärtner	Mutter starke Kopfschuppen, Stockschnupfen, schwerhörig. 45 Jahre. Sonst gesund, fast robust. Schlechte Zähne.	3 Töchter u. 1 Sohn Kopfschuppen, 1 Sohn aufserdem Neigung zu universell. Ekzem, 1 Sohn nur Kopfschuppen u. Flecke b. Ostwind. 6—20 Jahre alt.	Alle Kinder „Stockschnupfen", drei Granulationen und vergröfs. Mandeln, drei Neigung zu Lungen- und Magenkatarrhen. Alle sehr kräftig.	
11.	W., Kaufm.	Vater 40 Jahre alt, zart, aber gesund. Als Kind starkes Ekzem, jetzt Kopfschuppen. Magen- und nasenleidend. Als Kind Granulationen. Zähne plombiert.	1. Kind frei von Ekzem. 2. Kind leichtes Ekzem. 2—5 Jahre alt.		
12.	L., Kaufm.	Mutter als Kind Ekzem, später Kopfschuppen, magen- und halsleidend. Neigung zu Drüsen, robust. 50 Jahre alt. Schlechte Zähne, künstliches Gebifs.	1 Sohn schwaches Ekzem. 1 Tochter als Kind sehr hartnäckiges universelles Ekzem. 15 und 20 Jahre alt.	Nasengranulationen. Kolossale Granulationen, Mandelhypertrophie. Neigung zu Lungen- u. Magenkatarrhen.	Hellblond.
13.	J., Architekt	Mutter Ekzem (schuppende Form, oft Jucken über dem ganzen Körper). Stockschnupfen, robust, 45 Jahre. Schlechte Zähne, künstliches Gebifs. Mutter derselben Kopfschuppen, Anlage zu öfterem Lungenkatarrh.	1 Tochter Kopfschuppen, 20 Jahre alt. 1 Sohn als Kind starkes Ekzem, 15 Jahre, Kopfschuppen.	Neigung zu Anginen und Stockschnupfen. Als Kind Granulationen, Stockschnupfen, Mittelohrkatarrh.	Hellblond.
14.	H., Lehrer	Vater Kopfschuppen, 50 Jahre, häufig kehlkopfleidend. Mutter Schuppen, 45 Jahre, magen-	1 Tochter, 25 Jahre alt, Kopfschuppen.	Granulationen, Neigung zu Conjunctivitis, Anginen und Magengeschwür.	Hellblond.

No.	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
		leidend und Gallensteine. Beide sonst kräftig. Schlechte Zähne.	3 Söhne Kopfschuppen, einer als Kind universelles Ekzem.	Ihr Kind Neigung zu Ekzem. Neigung zu Conjunctivitis und zu Lungenkatarrhen. Granulationen.	
15.	K., Obergärtner	Mutter Schuppen, als Kind universelles Ekzem, zart. 40 Jahre alt. Nasen- und magenleidend. Schlechte Zähne, künstliches Gebifs.	2 Töchter u. 1 Sohn, 3—12 Jahre alt, sämtlich als Kinder hartnäckiges Ekzem, jetzt noch „Flecke“ bei Ostwind.	Alle drei Neigung zu Lungen- und Magenkatarrhen, Anginen und Mittelohrkatarrhen, alle drei Granulationen.	Hellblond.
16.	P., Wirt	Mutter robust, 45 Jahre alt, von Kindheit an Ekzem, auch jetzt noch recidivierend als schuppige Form auf Armen und Beinen, starke Kopfschuppen, starke Neigung zu Nasenbluten, Zuschwellen der Nase, Vaginal-, Magen- u. Darmkatarrhen. Schlechte Zähne, künstliches Gebifs.	3 Söhne u. 1 Tochter sämtlich als Kinder wiederholt schwere Ekzemattacken. Noch jetzt (10—17 Jahre alt) Flecke bei Ostwind. Kopfschuppen.	Sämtlich Granulationen und vergrößerte Mandeln. Als kleine Kinder starke Neigung zu Magen-, Darm- und Lungenerkrankungen, vom einfachen Katarrh bis zu Pneumonie.	
17.	Br., Arbeiter	Frau Gesichtsekzem, als Kind schon Ekzem. Stockschnupfen, Kehlkopfpolypen, chronischer Rachenkatarrh. Schlechte Zähne. 40 Jahre.	Keine Kinder.		Dunkelblond.
18.	B., Maurer	Mutter Ekzem als Kind, jetzt Kopfschuppen. „Stockschnupfen.“ 45 J. alt. Zarte Frau. Schlechte Zähne.	3 Kinder gesund. 1 Kind von klein auf universelles Ekzem mit Neigung zu Borkenbildung. Mäfsig geschwollene Nackendrüsen.		Hellblond.
19.	G., Obergärtner	Mutter Gesichtsekzem, Kopfschuppen, als Kind „nasenleidend“. Zarte Frau. 41 J. alt. Schlechte Zähne, Gebifs.	1 Sohn von klein auf Ekzem. Schuppige Form u. an einigen Stellen Neigung zu nässenden Papeln. 6 Jahre.	Nasengranulationen, Neigung zu beständigen Anginen und Lungenkatarrhen.	
20.	J. W., Hofbes.	Vater Schuppenekzem d. behaarten Kopfes, ölige Form der Stirn. Mutter des Vaters chronisches	Sämtliche 7 Kinder Ekzem. 2 chronisch verdickte, fast an Ichthyosis	1 Junge mit Granulationen und starker Neigung zu Anginen und Pneumonie, im Anschlufs	

No.	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
		universelles Ekzem mit stellenweiser Neigung z. Nässen. Beide robust.	erinnernde Haut, 3 beständig auflackernde schuppige Flecke im Gesicht, z. T. mit Neigung zum Nässen, sodafs beständig Ekzempasten im Gebrauch sind.	an eine solche Empyem, welches operiert u. glücklich überstanden wird. Beständig Ausfluſs aus der Nase, da Granulationsoperation verweigert wird. Nach Sturz auf den Kopf ohne äuſsere Verletzung, aber mit starkem Bluterguſs Tod durch Meningitis im Alter von 9 Jahren. 2. Junge, 7 Jahre, Granulationen, häufige Anginen, schuppiges Ekzem m. Hautverdickung und nässenden Papeln. Vereiterung der supraclavikulären Lymphdrüsen. 3. Tochter beständige Conjunctivalreizungen. Granulationen. Schlechte Wohnung. Ungenügende Dielung.	
21.	B., Bierfahr.	Mutter robust, 33 Jahre, Eccema capitis, stark schuppend, zeitweise zu nässenden Papeln mit Borkenbildung ausartend. Die Mutter der Frau chronisches, stark schuppendes Kopfekzem und den Typus annularis auf beiden Armen. Beide Frauen nasenleidend, schlechte Zähne, künstliches Gebifs.	2 Töchter u. 1 Sohn im Alter von 2—9 Jahren, alle drei Ekzeme, schuppenförmig, mit Fleckenbildung im Gesicht, besonders bei Ostwind.	Die beiden älteren Kinder beide Otitis media, Granulationen, Conjunctivitis, sonst robust. Das jüngste starke Neigung zu Lungenkatarrh, die beiden älteren zu häufigen Anginen.	Dunkelblond.
22.	W., Gärtner	Mutter der Frau Eccema capitis. (Kleienförmiges Schuppen.) Gebifs.	Die junge Frau das gleiche Kopfekzem, aufserdem drei Geschwister. Kind trockenes Ekzem.	Alle 4 Geschwister als Kinder an Nasenpolypen operiert. Frau W. lange Zeit an „schwachem Magen“ leidend. Kind von Frau W. Granulationen, bei Ostwind „spröde Haut“, leichtes	Dunkelblond.

No	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
				trockenes Eccema faciei, Neigung zu Bronchialkatarrh. Schlechte Zähne.	
23.	Ch., Kaufm.	Grofsvater mütterlicherseits „Kahlkopf"; Mutter von Ch. „Kopfschuppen", er selbst grofse Glatze (mit Seborrhoe u. etwas Schuppen), als Kind schon „nasenleidend", „Stockschnupfen", Ohreiterung, „Ausschlag". Schlechte Zähne.	3 Kinder. Die beiden ältesten mehrfach Attacken von trockenem Gesichtsekzem (Fleckenform) gehabt, besonders bei Ostwind.	Beide Granulationen u. vergröfserte Mandeln, sonst sehr kräftige Kinder.	
24.	R., Krämer	Vater „Kopfschuppen", „Stockschnupfen" von Kindheit an, Neigung zu Lidentzündung und Conjunctivitis, Heiserkeit. 40 Jahre alt. Schlechte Zähne.	1. Sohn Ekzem (Fleckenform, besonders bei Ostwind zu Tage tretend). 2. Sohn Ekzem in gleicher Form. Eine Tochter Kopfekzem, trockene Form.	Sämtliche Kinder zu Anginen, Lungenkatarrhen u. Pneumonien neigend. Bei zweien Granulationen operiert. Der älteste stirbt an Meningitis. Schlechte Wohnung, mangelhafte Dielung.	Hellblond.
25.	D., Kaufm.	Mutter Kopfschuppen, Granulationen, als junge Frau operiert; in der letzten Schwangerschaft unerträgliches Hautjucken, besonders auf beiden Armen und Beinen und Neigung zu allgemeinem Ekzem. 35 Jahre. Schlechte Zähne.	1 Junge (Hans) trockenes Gesichtsekzem. Auch auf den Knien trockene Ekzemflecke. Die anderen 6 sogen. Windflechte.	7 Kinder, sämtlich gesund, aber Neigung zu Lungenkatarrhen, 2 zu Furunkulose, 2 zu Lidekzem und Conjunctivitis, 1 zu Angina. Letzterer Granulationen (Hans).	Hellblond.
26.	T., Pastor	Vater Ekzematiker, 50 Jahre, starkes, kleienförmiges Kopfschuppen mit Bläschenbildung. Auf Brust, Bauch, Armen und Beinen, besonders aber in der Nabelgegend periodisch auftretende ringförmige Plaques, welche auf Chrysarobin prompt zurückgehen. Starke Nei-	Sämtliche 6 Kinder mit Kopfschuppen und Neigung zu „spröder Haut im Gesicht" (trockene Ekzemform) bei Ostwind behaftet.	1. Tochter Neigung zu Nasenbluten und Anginen. 2. Tochter Neigung zu Heiserkeit und Mittelohrkatarrh. 1. Sohn Neigung zu Kehlkopfkatarrh und Conjunctivitis. 2. Sohn Neigung zu Lungenkatarrh. 3. Sohn „Stockschnupfen", Neigung zu Nasenbluten, Anginen,	Dunkelblond. Hellblond.

No.	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
		gung zu Nasen-, Kehlkopf-, Bronchial- und Magenkatarrh. Schlechte Zähne.		Mittelohrkatarrh. Sämtlich schlechte Zähne.	
27.	B., Hofbes.	Vater an Meningitis gestorben.	Sohn als Kind starkes Ekzem.	Starke Granulationen, häufige Anginen. Bereits vor der Operation links weitere Pupille. 14 Tage nach der Operation Meningitis, acht Tage darauf Tod. Schlecht gedielte Wohnung.	Blond.
28.	E., Arzt	Vater 40 Jahre, Eccema capitis (reichliche Schuppenbildung mit Seborrhoe der Stirn und der Nase). Mutter des Vaters starke Schuppenbildung, deren Vater Schuppen und Seborrhoe, deren Mutter ebenfalls Ekzem und chronischen Bronchialkatarrh. Ein Bruder der Mutter Ekzem und Asthma bronchiale, ein anderer Bruder (s. u. L., Arzt, No. 43) Schuppen und Seborrhoe des Kopfes. Fast sämtliche Zähne plombiert. Gattin hochblond.	1. Tochter ist frei von Ekzem. 1. Sohn als Säugling von 2 Monaten zuerst Eccema faciei mit Neigung zu Borkenbildung, dann alsbald foudroyantes Ekzem des ganzen Körpers, welches ungefähr 1 Jahr andauert. 2. Tochter Eccema faciei, besonders der Stirn. 3. Tochter desgl. 2. Sohn Eccema faciei mit Neigung zum Nässen und sekundärer Halsdrüsenschwellung. 3. Sohn Eccema faciei, bleibt bei sehr sorgfältiger Behandlung trocken u. begrenzt.	Sehr bald nach Beginn des Ekzems „Schnupfen" und „verstopfte Nase". Mit ½ Jahr bereits ausgesprochene Mundatmung infolge von Granulationen. Mit drei Jahren Asthma. Mit vier Jahren operiert. Sämtliche Kinder, obwohl sehr kräftig und gesund, mit aufserordentlicher Neigung zu Bronchial- u. Kehlkopfkatarrhen, besonders bei Ostwind, sowie zu Anginen und Magen-Darmkatarrhen.	Hellblond.
29.	R., Kaufm.	Vater 45 Jahre alt, Kopfschuppen, Seborrhoe der Stirn, hartnäckiges Ekzem der Unterschenkel. Einmal universelles Ekzem. Gichtiker. Schlechte Zähne.	1 Sohn u. 1 Tochter Ekzem, besonders bei ersterem sehr hartnäckig. Bei jeder Attacke von universellem Ekzem vorher Durchfall, beim Anfall uratreicher Urin.	Beide starke Granulation, Mandelhypertrophie, Neigung zu Lungenkatarrhen und Anginen. Beide operiert, danach Besserung der Gesamtkonstitution. Beide schlechte Zähne.	Hellblond.
30.	Kr., Bäcker	Mutter 40 Jahre alt, Kopfschuppen und schilfernde Plaques an den Beinen. Sehr	1 Tochter Kopfschuppen, Seborrhoe der Stirn.	Granulationen, vergröfserte Tonsillen, Neigung zu Anginen, Magen-	Hellblond.

№	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
		magenleidend. Mastdarmkatarrh, Vaginalkatarrh (nicht blennorrhoisch). Schlechte Zähne, künstliches Gebifs. Deren Vater Ekzematiker; chronischer Lungenkatarrh. Ebenfalls schlechte Zähne.		geschwür, Lungenkatarrh, Vaginalkatarrh, sonst robust.	
31.	H., Arbeiter	Frau 66 Jahre alt, Eccema universale chronicum; chronischen Lungen- und Rachenkatarrh, viel Schnupfen, Conjunctivitis, Keratitis, Ohrschmalzpfröpfe, „schwachen Magen". Schlechte Zähne.	3 Söhne Kopfschuppen. Die Kinder des einen, 1 Sohn u. 1 Tochter, Ekzematiker, Kopfschuppen, trockene Flecken.	Der eine Enkel nasenleidend, Neigung zu Nasenbluten, Mandelvergröfserung. Die Tochter Neigung zu Angina. Der andere Enkel (Sohn des 2. Sohnes) „Stockschnupfen", dessen Schwest. ebenf. granulationsverdächt.	Dunkelblond.
32.	B., Hofbes.	Frau ist Schwester der obigen. 70 Jahre alt. Eccema universale in mehreren Rückfällen; trockene, juckende Form mit kleienförmigen Schuppen, und am Bein zu nässenden Flecken neigend. Kopfschuppen. Neigung zu Conjunctivitis und Lungenkatarrh, aber nicht so heftig wie ihre Schwester. Schlechte Zähne.	2 Söhne u. 2 Töchter im Alter von 40—50 Jahren, unverheiratet, sämtlich Kopfschuppen.	Die Töchter beide zu Magengeschwür neigend.	Dunkelblond.
33.	W. a. D., Hofbes.	Vater 55 Jahre alt. Eccema capitis, Schuppenform.	Tochter Eccema faciei, Kopfschuppen.	Schwellung der Nasenschleimhaut.	Hellblond.
34.	F., Bierfahr.	Vater 42 Jahre alt. Eccema capitis, Stockschnupfen, Neigung zu Bronchialkatarrh, robust. Gichtiker. Mehrere kariöse Zähne.	1 Tochter u. 3 Söhne Ekzem, trockene Form, besonders bei Ostwind Flecken im Gesicht.	Sämtlich Granulationen, die zwei jüngsten Neigung zu Anginen und Otitis media nach Varicellen resp. Influenza.	
35.	Gräfin M.	Mutter 37 Jahre alt. Kopfschuppen und Eccema faciei, Neigung zu Pustelbildung. Schlechte Zähne.	3 Töchter Ekzem, 1 Sohn angeblich frei.	Alle vier Granulationen, sämtlich operiert.	Dunkelblond.

No.	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
36.	P., Kaufm.	Vater 54 Jahre alt. Kopfschuppen, Glatze, chronisches universelles Ekzem. Schlechte Zähne.	2 Söhne u. 1 Tochter Kopfschuppen, ekzematöse Flecken.	Ein Sohn „Stockschnupfen", Tocht. „näselt", der andere Sohn bis zu seinem 9. Jahre beständigen Lungenkatarrh.	Dunkelblond.
37.	V., Fuhrm.	Mutter 37 Jahre alt. Kopfschuppen, nasenleidend, „Stockschnupfen". Künstliches Gebifs.	Kind I trockenes Eccema faciei. Kind II Ekzem mit Neigung zum Nässen u. Borkenbildung.	Beide Kinder Nasengranulationen.	Vater und Mutter dunkel- Kinder hellblond.
38.	P., Lehrer	Mutter 36 Jahre alt. Kopfschuppen, Neigung zu Hals- u. Lungenkatarrhen. Künstliches Gebifs.	Kind I einige trockene Ekzemflecken. Kind II als Säugling Neigung zu Eccema universale.	Mit 3 Jahren ausgesprochene Granulationen, mit 5 Jahren operiert. Neigung zu Schnupfen.	
39.	J., Kaufm.	Frau J. Ekzematikerin von Kind auf. Neigung zu Lungenkatarrhen, Asthma. Gichtische Veranlagung. Neigung zu Magenkatarrhen, Durchfall; Gallensteine. Mit 55 Jahren rechtsseitiges Mammacarcinom; acht Wochen nach der Operation auf verdächtige Entzündung beginnendes Carcinom d. linken Mamma. Im Gesicht zahlreiche kleine Wärzchen u. Leberflecke. Kstl. Gebifs.	Tochter Frau Gräfin P. s. u. 40. Sohn 40 Jahre, Kopfschuppen, „Stockschnupfen". Leidet an „schwachem Magen". Ekzem zwischen den Zehen mit Neigung zum Nässen.		Dunkel.
40.	Graf P.	Mutter 38 Jahre alt, Tochter der obigen. Starke Kopfschuppen. Neigung zur trockenen, juckenden Form an Hals und Armen. Neigung zu Rachenkatarrh, „näselt". Schlechte Zähne.	1. Sohn trockenes Ekzem. 2. Sohn desgl. 3. Sohn desgl. 4. Tochter desgl.	Sämtliche 4 Kinder leiden an Granulationen, sind sämtlich operiert, zwei außerdem an hypertrophisch. Mandeln. Sämtl. Kinder neigen zu Lungenkatarrh, Angina und „schwach. Magen".	
41.	R., Brauer	Vater 33 Jahre alt, hat Kopfschuppen.	Kind von 6 Monaten universelles Ekzem.	Leidet an fast beständigem „Schnupfen und Husten", sonst kräftig.	
42.	P., Kaufm.	Vater 44 Jahre alt, leidet an starken Kopfschuppen und Neigung zu uni-		Nasenleidend, leidet an „schwachem Magen", meist heiser (chronischer	

No.	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
		versellem Ekzem. Schlechte Zähne.		Kehlkopfkatarrh; keine T.B.).	
43.	L., Arzt	Vater und Mutter desselben Ekzematiker, letztere zeitlebens an chronischem Bronchialkatarrh leidend († 84 Jahre alt). Dr. L. selbst bis zum 50. Jahre trockene Form; starke Seborrhoe der Stirn und der Nase. Mit 40 Jahren gichtisch. Mit 52 Jahren schweres nässendes Eccema universale. Leidet von Jugend auf an chronischem Nasen-, Rachen- u. Lungenkatarrh. Geht im Anschluſs an erneute nässende Ekzemattacke mit eitrigem Nasenausfluſs unter dem Bilde eines malignen Tumors (Carcinom an der Schädelbasis?) im Alter v. 59 Jahren kachektisch zu Grunde. Von Hause aus robust. Verliert Mitte der fünfziger Jahre auffallend schnell seine Zähne.	1 Tochter Ekzem (Kopfschuppen). 1 Tochter Kopfschuppen und Neigung zu Eccema universale (bläschenförmig). 1 Tochter frei von Ekzem. 1 Sohn frei. 1 Sohn Kopfschuppen.	Leidet an schwachem Magen, Neigung zu Lungen- und Rachenkatarrh. Neigung zu Durchfällen. Neigung zu Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkatarrh; leidet an „schwachem Magen“. Prachtvolles Haar, robust. Robust. „Näselt“; leidet an schwachem Magen. Schwächlich. Neigung zu Lungenkatarrh. Zur Zeit des Todes des Vaters 3 Jahre alt. Die ganze Familie absolut frei von Tuberkulose.	Vater hellblond, Mutter dunkel.
44.	St., Architekt	Mutter leidet an Kopfschuppen, Fluor, schwachem Magen, Stockschnupfen, chronischem Mittelohrkatarrh. Ihre Mutter desgleichen an sämtlichen Erscheinungen. Beide schlechte Zähne.	1 Sohn trockene Ekzemflecken im Gesicht, besonders bei Ostwind zu Tage tretend. 1 Tochter desgl.	Beide Kinder robust, Knabe zu Angina neigend. Die Tochter stark vergröfs. Mandeln, Granulationen (operiert), Neigung zu Rachenkatarrhen und Anginen.	
45.	Z., Fabrikant	Vater Seborrhoe des Kopfes. Neigung zu Conjunctivitis, Lungen- und Kehlkopfkatarrh mit schliefslicher Polypenbildung. Schlechte Zähne.			

No.	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
46.	B., Arbeiter	Kopfschuppen, Gicht und Magencarcinom.			
47.	Dr., Obergärtner	Mutter leidet an Kopfschuppen, Gallensteinen, schwachem Magen, Neigung zu Durchfällen, zu Lungen- und Rachenkatarrh, Blasenkatarrh, Mastdarmkatarrh. Sehr schlechte Zähne, künstliches Gebifs. Conjunctivitis; sonst robust.	1 Sohn Kopfschuppen. 1 Tochter Kopfschuppen, recidivierendes Gesichtsekzem mit Bläschenbildung u. Neigung zum trockenen, juckenden Eccema universale.	Leidet an schwachem Magen. Leidet an Neigung zu Conjunctivitis, Hals- und Lungenkatarrh, schwachem Magen (recidivierendes Magengeschwür).	
48.	R., Kaufm.	Vater 40 Jahre alt, Kopfschuppen, leidet an schwachem Magen und hat Neigung zu Lungenkatarrhen. Schlechte Zähne.	Beide Söhne Neigung zu der trockenen Form des Eccema faciei, aufserdem Kopfschuppen.	Beide Söhne leiden an Neigung zu Lungenkatarrh. Der jüngere an Granulationen, hypertrophischen Mandeln (beides operiert) und Vereiterung der linksseitigen Halslymphdrüsen.	
49.	P., Schiffszimmermann	Vater Ekzem, ölige Form und starke Kopfschuppen. Conjunctivitis; hat schwachen Magen; chronischen Lungenkatarrh; von Haus aus robust. Mutter hereditäre Phthisis. Vater stirbt im Alter von 70 Jahren an Phthisis. Schlechte Zähne.	Sohn Hermann Eccema universale mit Neigung zum Nässen und zur Borkenbildung. Bohnen- bis nufsgrofse Drüsen am Hals. Tochter Bertha und Elisabeth starke Kopfschuppen, ölige Form auf Stirn und Nase, Neigung zu universellem trockenen Ekzem.	Dämpfung über beiden Lungenspitzen, die bei langem Kreosotgebrauch sich derartig hebt, dafs H. zum Militärdienst genommen wird und denselben gut übersteht. Granulationen, hypertrophierte Gaumenmandeln. Beide litten in den Entwickelungsjahren an Lungenspitzenerscheinungen mit ausgesprochenen Dämpfungen und bacillenhaltigem Auswurf, Granulationen, Mandelhypertrophien, Magengeschwüren. Anfang der zwanziger Jahre siegte auch bei diesen beiden unter	Hellblond.

No.	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
				günstigen äufseren Lebensbedingungen die robuste Konstitution, die sie vom Vater ererbt hatten, sodafs sie jetzt gesunde, kräft. Frauen sind.	
50.	M., Kaufm.	Vater 41 Jahre alt. Kopfschuppen, ölige Form auf der Stirn. Neigung zu Magen- und Lungenkatarrhen.	1 Sohn u. 1 Tochter beide Ekzem. Trockene Flecken im Gesicht, besonders bei Ostwind.	Sohn leidet an Asthma und Granulationen, Tochter an schwachem Magen, Neigung zu Rachen- und Lungenkatarrhen.	Dunkelblond.
51.	St., Kaufm.	Vater 38 Jahre alt. Ekzem, ölige Form des behaarten Kopfes u. der Stirn. Schlechte Zähne. Neigung zu harns. Diathese. Sehr nervös. Magencarcinom.	5 Kinder. Sämtlich zu der trockenen Form des Ekzems neigend. (Windflechte.)	Neigung zu Angina, sonst sehr robust.	
52.	Dr., Kaufm.	Mutter 33 Jahre alt, Ekzem, starke Haarschuppen, eine Schwester der Mutter als Kind starkes Ekzem und Asthma, eine andere Ekzem als Kind und Granulationen. Mehrere Zähne plombiert.	1 Tochter gesund. 1 Sohn als Kind starkes universelles Ekzem.	Asthma und Granulationen.	
53.	W., Kaufm.	Mutter 36 Jahre alt. Starke Haarschuppen, als Kind Polypen. Zähne plombiert.	5 Kinder, sämtlich zu kleinen trockenen Flecken im Gesicht neigend (Windflechten).	Sämtlich Neigung zu Hals- und Bronchialkatarrhen zwei Neigung zu Nasenbluten, eines hat Granulationen.	
54.	L., Obergärtner	Mutter 40 Jahre alt. Starke Kopfschuppen. Neigung zu universellem Ekzem, Pruritus vulvae. Ekzem des Introitus vaginae. Künstliches Gebifs. Vater der Mutter Ekzem und Asthma.	1 Knabe und 1 Mädchen, beide als Kind starkes Ekzem, mit Neigung zum Nässen. Jetzt nur noch trockene Flecken.	Der Knabe jahrelang Neigung zu Croup, Granulationen, das Mädchen zu Nasenbluten.	Dunkelblond.
55.	St., Stallmeist.	Vater Schuppenflecke am Knie.	Tochter trockenes Ekzem im Gesicht.	Neigung zu Nasenbluten und Angina.	Hellblond.

No.	Familie	Ekzem u. Konstitution der Eltern	Ekzem der Kinder	Komplikation bei diesen	Bemerkungen
56.	V., Kaufm.	Vater 56 Jahre alt. Schuppen des behaarten Kopfes, ölige Seborrhoe der Stirn, Neigung zu Heiserkeit. Schlechte Zähne.	4 Söhne und 2 Töchter, drei derselben ausgesprochene Ekzematiker. Trockene Fleckenform. Ein Sohn Kopfschuppen.	Eine Tochter Granulationen, sämtlich Neigung zu Anginen und Katarrhen, sonst sehr gesund.	
57.	G., Kaufm.	Mutter Gicht, Gallenstein, Kopfschuppen.	1. Sohn 42 Jahre, Kopfschuppen, als Kind Ekzem. 2. Sohn Kopfschuppen, dessen Tochter trockene Ekzemflecke. 3. Schwester Kopfschuppen, deren zwei Kinder trockenes Ekzem.	Gicht, Gallenstein. Gicht, als Kind Nasenpolypen. Geschwollene Halsdrüsen, beide Nasenpolypen.	
58.	Th., Kaufm.	Mutter 34 Jahre alt. Kopfschuppen, leicht heiser. Mehrere Zähne plombiert.	Drei Kinder, alle Kopfschuppen.	Alle drei „Polypen", Sohn (11 Jahre) Asthma, alle drei an Angina, Lungen- und Magenkatarrh in der frühesten (bis zum 7. Jahre c.) Kindheit leidend.	
59.	St., Jurist	Mutter 34 Jahre alt, Kopfschuppen. Vater 44 Jahre alt, ölige Seborrhoe, dessen Mutter Kopfschuppen, Gicht, Gallensteine. Schlechte Zähne.	2 Kinder Ekzem des behaarten Kopfes mit Neigung zur Borkenbildung.	Neigung zu Bräune.	Hellblond.
60.	V., Offizier	Mutter 30 Jahre alt, Schwester der obigen, Kopfschuppen, typisches Handekzem.	2 Kinder Ekzem mit Neigung zum Nässen, das eine typische Infektion der Stirn nach Berührung durch die ekzematöse Hand der Mutter.	Beide Neigung zu Bräune.	Hellblond.

In diesen 60 Familien war 35 mal die Mutter und 25 mal der Vater Träger des Ekzems, in 18 Fällen waren die Zähne der betreffenden so schlecht, daſs Gebisse getragen werden muſsten, in fast sämtlichen Fällen bestanden schlechte Zähne, bei den besser situierten Patienten oft durch zahlreiche Plomben in gutem Zustande gehalten.

Mit wenigen Ausnahmen war an den sämtlichen Kindern dieser Familien und zwar an 169 irgend eine Form des Ekzems, als Kopfschuppen, borkiges Ekzem, als sogenannte „Windflechte", welche nur bei

scharfem Wind die Ekzemflecke im Gesicht aufwies, oft als Ekzemflecken am Knie oder Schienbein nachweisbar.

Von diesen 169 Kindern litten 106 an irgend einem Nasenleiden, Stockschnupfen, näselnder Sprache, Nasenbluten, häufigem Schnupfen, die meisten an Nasenrachengranulationen, von denen wiederum die meisten operiert waren. 50 von den 169 Kindern neigten zu häufigem Lungenkatarrh, einige zu direkt asthmatischen Formen; 44 an schwachem Magen, 51 an Neigung zu mehr oder minder häufig wiederkehrenden Mandelentzündungen.

Die weiteren Konsequenzen aus dem durch diese Familiengeschichten erwiesenen infektiösen oder, wenn man will, hereditären Charakter des Ekzems, sowie aus seinem geradezu typischen Zusammentreffen nicht nur mit den verschiedensten Erkrankungen anderer Organe, als auch mit Stoffwechselstörungen und anderen bisher sogenannten konstitutionellen Erkrankungen werde ich in einer ausführlicheren Arbeit demnächst des näheren darlegen.

Aus der Praxis.

Natronsuperoxydseife.

Von

P. G. Unna.

Das Bedürfnis nach stark wirkenden Oxydationsmitteln ist bei uns noch unvermindert. Wir haben die einfachen Sauerstoffmittel (Wasserstoffsuperoxyd) und Chlormittel, die Sauerstoffsäuren (Salpetersäure, Chromsäure) und die oxydierenden Salze (Kali hypermanganicum, Kali chloricum, Sublimat), aber bisher noch keine stark oxydierenden Alkalien zur Verfügung gehabt. Und doch würde gerade ein solches eine wirkliche Lücke auszufüllen vermögen.

Die Hauptindikationen für die Oxydationsmittel sind bekanntlich zweierlei Art; wir brauchen sie nämlich einerseits zur Erweichung, andererseits zur Depigmentation, zur Aufhellung der Hornschicht. De facto sind sie am notwendigsten bei der Hyperkeratose der Akne (diesen Begriff im engsten Sinne als jugendliche Komedonenakne gefaßt), der keratoiden Ekzeme, des Lichen (planus) corneus und der diffusen Keratome und weiter bei der bläulich-schwärzlichen Punktation des

Mittelgesichts (allein oder kompliziert mit Akne oder seborrhoischem Ekzem) und der diffusen Hornschwärzung, wie sie hin und wieder spontan oder im Gefolge der genannten Gesichtsaffektionen und deren medikamentöser Behandlung (besonders mit Schwefel und Resorcin) auftritt und dem ganzen Gesicht eine unliebsame rauchgraue oder lederbräunliche Farbe erteilt.

Insbesondere waren es Aknefälle, bei welchen diese verschiedenen Indikationen (gleichzeitige Beseitigung von allgemeiner Hyperkeratose, von Komedonen, Punctatio und medikamentöser Schwärzung) sich häuften, die mich veranlafsten, mich nach stärkeren und speziell alkalischen Oxydationsmitteln umzusehen. Denn die gute Wirkung der starken Alkalien (Kali carbonicum, Kalk) bei der Akne ist bekannt und ihre Anwendung eine uralte, aber sie wurde bisher stets kombiniert mit Schwefel, einem Specificum von wahrscheinlich antibakterieller Wirkung bei der Akne (Aq. Kummerfeld, Sol. Vlemingkx), aber einem im übrigen reduzierenden Mittel, und hatte daher stets nur eine einseitig günstige Wirkung, indem die Verminderung der Hyperkeratose und follikulären Entzündung mit einer Vermehrung der Punktation und Hornpigmentation erkauft wurde. Um auch diese gleichzeitig zu beseitigen und die reduzierenden Eigenschaften des Schwefels für die Hornschicht aufzuheben, waren wir bisher auf den interkurrenten Gebrauch des Wasserstoffsuperoxyds, des Sublimats und der Essigsäure angewiesen, wodurch die ganze Aknebehandlung kompliziert und schwerfällig wurde.

Es ist klar, das Ei des Columbus lag in diesem Falle in der Herstellung eines zugleich stark alkalischen und oxydierenden Mittels, und als die Darstellung des Natronsuperoxyds im grofsen zu technischen Zwecken begann, versuchte ich sofort, dasselbe für die gedachte Indikation nutzbar zu machen. Die Schwierigkeit lag nur im Anfange darin, dafs die Entbindung des Sauerstoffs aus dem Natronsuperoxyd zu stürmisch für therapeutische Zwecke vor sich ging. In gelöster Form war dasselbe überhaupt nicht anzuwenden, da jede Spur von Feuchtigkeit die Zersetzung bereits einleitet, Glycerin aber unter Feuererscheinung und Explosion beim Verreiben mit Na_2O_2 verbrennt; Fette andererseits werden natürlich durch Na_2O_2 sofort verseift und oxydiert. Es blieben also nur zwei Kategorien unter unseren Vehikeln übrig, einerseits unverseifbare Schmiermittel (Kohlenwasserstoffe) andererseits bereits verseifte Fette, d. i. Seifen, letztere natürlich nur in völlig entwässertem Zustand. In der That wurde das Problem vor einem Jahre auf diese Weise gelöst und es bewährte sich als beste Grundlage eine Salbenseife, gemischt aus 3 Teilen Paraffinum liquidum und 7 Teilen vollkommen getrocknetem Sapo medicatus.

Die Verwendung dieser Na_2O_2-Seife, die jeder Apotheker herstellen

kann und die durchaus haltbar ist,[1] bei der Acne punctata und pustulosa hatte nun auch den erwarteten Erfolg. Mir ist kein anderes chemisches Mittel bekannt, mit welchem wir in so kurzer Zeit einer blassen, übermäfsig verhornten, mit Komedonen besetzten, schwarz punktierten Gesichtshaut eine rosige, gesunde Hautfarbe und eine reine, weiche Oberhaut wiedergeben können. Während unsere bisherigen besten Mittel (Schwefel, Resorcin, Sublimat, Naphtol-β, alkalischer Seifengeist) immer nur einzelne Symptome des Akneprozesses günstig beeinflufsten, folgt auf den Gebrauch der Na_2O_2-Seife sofort eine völlige, gründliche Umstimmung der gesamten Verhornung, Sekretion und Cirkulation, die der Haut selbst dann schon ein natürlicheres Ansehen verleiht, wenn noch garnicht die hauptsächlichsten follikulären Herde ausgeheilt sind. Aber auch diese letzteren werden stark von der Seife angegriffen, erweichen rasch und werden resorbiert oder eingeschmolzen, je nach ihrer Gröfse und Konsistenz.

Ein praktisch wesentlich ins Gewicht fallender Umstand ist die Seifennatur des Mittels, welche es dem Arzte erlaubt, es mit jedem anderen günstig wirkenden Mittel in Salben- oder Pastenform zu kombinieren. Die Seife wird eben nur hin und wieder, in leichteren Fällen einmal vor dem Zubettgehen, in schwereren bei jeder Waschung, etwa dreimal täglich, vorübergehend benutzt und es folgt auf ihre Anwendung das im Einzelfalle sonst indizierte Mittel (Zinkschwefelpaste, Zinkresorcinsublimatpaste etc.). Eine längere Einwirkung der Na_2O_2-Seife oder gar ein Liegenlassen derselben hätte gar keinen Zweck, weil es dann nur zu einer übertriebenen Alkaliwirkung käme, während das Spezifische des Mittels, die Entbindung von Sauerstoff, bereits beim Verschäumen der Seife sich erschöpft hat. Die Anwendung geschieht deshalb auch stets nur kurze Zeit, wobei die Empfindlichkeit des Patienten den besten Wegweiser abgiebt. Man verschäumt die Seifensalbe mit einem nassen Wattebausch eben nur so lange auf der Haut, bis die Applikation ziemlich schmerzhaft empfunden wird, und spült dann den Seifenschaum rasch mit Wasser wieder ab. In inveterierten Fällen pflege ich mit einer 10%igen oder selbst 20%igen Na_2O_2-Seifensalbe zu beginnen und bei fortschreitender Besserung zu schwächeren 5—2%igen überzugehen, diese aber um so länger und öfter verschäumen zu lassen. Während bekanntlich ein noch so häufiges Waschen mit gewöhnlichen Seifen, wie die Anwendung der Alkalien überhaupt, nicht im stande ist, die Punktation der Talgfollikel und die schwarzen Punkte der Komedonen zu bleichen, geschieht dieses unter dem Gebrauch der Na_2O_2-Seife sofort.

Endlich wäre noch zu erwähnen, dafs der lange fortgesetzte Gebrauch

[1] Sie wird vorrätig gehalten in der Schwanapotheke (Hamburg) in drei verschiedenen Stärken, als 2½-, 5- und 10%ige Seifensalbe.

der Na_2O_2-Seife auch auf die indolenten, sonst schwer und nur mechanisch durch Schleifmittel zu beeinflussenden alten Aknenarben von sehr günstigem Einflusse ist.

Eine ähnliche Wirkung wie bei der Akne habe ich bei den bekanntlich oft sehr hartnäckigen Fällen von Rosacea pustulosa, speziell denen des Klimakteriums erzielt. Diese Affektion ist ein sehr langdauernder Folgezustand eines auf Nase, Backen und Kinn lokalisierten und hier mit einer spezifischen Gefäfslähmung kombinierten seborrhoischen Ekzems. Der ebenso häufig wie unzweckmäfsig für diesen Zustand gegebene Name: Acne rosacea darf nicht dazu verleiten, denselben als eine Abart von echter Akne zu betrachten. Ätiologisch, histologisch und klinisch haben beide Affektionen nichts gemein und so ist auch die Therapie grundverschieden. Denn wir haben bei der Rosacea seborrhoica pustulosa in jedem Falle die seborrhoische Grundlage einerseits und die Neigung zu Gefäfswallungen andererseits zu bekämpfen, nie aber Hyperkeratose und Komedonen wie bei der Akne. Empirisch zeigt sich aber, dafs die bei der Rosacea sekundär auftretenden tiefliegenden knotigen Infiltrationen (Rosacea pustulosa) unter dem Gebrauch der Na_2O_2-Seife, die hier allerdings momentan ziemlich schmerzhaft empfunden wird, sehr rasch und prompt einschmelzen und resorbiert werden. Wer aus langer Erfahrung weifs, wie hartnäckig gerade diese Form des seborrhoischen Katarrhs oft allen Heilbestrebungen trotzt, wird das neue Mittel gerne willkommen heifsen.

Mit diesen beiden Indikationen möchte ich es bei der ersten Einführung dieser neuen Seifensalbe zunächst bewenden lassen; jeder Dermatologe wird aus dieser kurzen Mitteilung den Schlufs ziehen, dafs das Mittel auch bei allen anderen Affektionen, auf welche die obengenannten Indikationen passen, mit Vorteil verwendet werden kann, und wird nicht enttäuscht werden.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Juni 1899.

Originalbericht von Dr. John Hirsch-Berlin.

Zuerst stellt Gerson einen Knaben vor mit **Naevus pigmentosus verrucosus unius lateris.** Der Fall gehört zu der von Baerensprung beschriebenen Gruppe der Nervennaevi. Ähnlich den Efflorescenzen des Herpes zoster schliefsen sich hier die Exkrescenzen dem Verbreitungsbezirk eines der linken Interkostalnerven an. Auch

die linke Skrotalhälfte ist vom Naevus occupiert. Diese Lokalisation bereitet dem Knaben durch Reibung der vorhandenen Warzen mit der Innenfläche des Oberschenkels nicht unerhebliche Beschwerden. G. beabsichtigt deshalb, die Höcker dieses Terrains mit der Schere abzutragen. Der Naevus ist natürlich angeboren und sei im ersten Lebensjahr sehr erheblich gewachsen.

Einen ganz analogen Fall stellt Plonski vor. Es handelt sich auch hier um einen **Naevus pigmentosus verrucosus unilateralis**, der die linke Seite eines jungen Mädchens betrifft. Die Exkrescenzen sind besonders schön in der Axilla zu sehen, folgen ferner dem Verbreitungsgebiet des N. ulnaris, zum Teil noch dem Bezirk des N. medianus folgend. Auch ist das Terrain des N. peroneus superficialis am Fufsrücken vom Warzenmal occupiert.

Berger demonstriert hierauf einen 35 Jahre alten Patienten mit einem **Lichen ruber verrucosus** des behaarten Kopfes. Vor 15 Jahren erkrankte derselbe an einem verdächtigen Ulcus; syphilitische Erscheinungen seien aber nicht aufgetreten; er ist verheiratet, hat gesunde Kinder. Die in toto infiltrierte Haut oberhalb des Nackens läfst in Reihen angeordnete Knötchen von bläulich rötlicher Farbe erkennen. Es besteht ein starker Juckreiz. Es wurde die Hautaffektion bisher für ein tuberöses Syphilid gehalten und demgemäfs mit Quecksilberkuren und innerer Medikation von Jodkalium erfolglos behandelt.

Meyer schliefst sich dieser Diagnose an. — Joseph macht auf den auffällig seltenen Sitz der Erkrankung aufmerksam. Syphilis ist ganz ausgeschlossen. Er schlage vor, eine Chrysarobintherapie einzuleiten. — Heller fragt an, ob die Hautaffektion nicht von Pusteln und Narbenbildungen begleitet war. Man müsse differentialdiagnostisch Dermatitis papillomatosa capillitii in Erwägung ziehen. — Berger weist die Diagnose Dermatitis papillomatosa capillitii zurück. Er werde der Empfehlung Josephs folgen und Chrysarobin in Anwendung ziehen. — Rosenthal wünscht, diese Therapie mit der inneren Darreichung von Arsenik zu kombinieren.

Hierauf demonstriert Lesser eine 45 Jahre alte Frau, welche an ausgesprochenem **Oedema perstans faciei** leidet. Der Ausgangspunkt desselben ist — wie immer, so auch in diesem Falle — ein Erysipel, das sehr häufig recidiviert. Nach jeder von diesen Attacken blieb immer mehr vom Ödem des Gesichts zurück. Die Erysipele nahmen von einer Nasenerkrankung ihren Ursprung. Die Therapie hat die Aufgabe zu erfüllen, die Entstellung des Gesichts zu beseitigen und das durch die hochgradige Schwellung der Augenlider bedingte mechanische Hindernis des Sehens aufzuheben. Letzteres erfordert ein operatives Vorgehen; durch Excision eines Stückes der infiltrierten Haut ist auf der einen Seite eine erhebliche Besserung erzielt werden; demnächst soll auch die andere Seite operativ in Angriff genommen werden. Prophylaktisch wird gegen das erneute Auftreten von Erysipel die Affektion der Nase behandelt. Aufserdem wird das Gesicht massiert.

Plonski bemerkt zu diesem Falle, dafs dieselbe Patientin bereits vor längerer Zeit in der Lassarschen Klinik behandelt worden sei. Auch damals waren die Augenlider in dicke Wülste umgewandelt; das ganze Gesicht war gedunsen. Unter Kompressen mit Zinksulfat und Anwendung der Massage ging die Schwellung zurück. — Lesser führt aus, dafs im Beginn der Erkrankung die ödematösen Teile fast bis zum Normalen abschwellen, nach vielfachen Exacerbationen und Remissionen wird das Ödem stationär. Es tritt eine Vermehrung des subcutanen Bindegewebes ein. Der ganze Prozefs ist ein Vorstadium der Elephantiasis.

Als zweiten Fall demonstriert Lesser einen circa 40 Jahre alten Mann mit **schwerer tertiärer Syphilis**. Ein Jahr nach seiner Infektion heiratete er; seine Frau machte einen Abortus durch und wurde seitdem nicht wieder gravid. Vor fünf

Jahren zeigten sich am rechten Handgelenk tertiäre Erscheinungen der Syphilis. Es trat allmählich eine gewaltige Zunahme des Umfanges in jener Gegend ein, ein Umstand, der natürlich zur erheblichen Störung der Funktionen im Handgelenk führte. An den Fingern bildete sich eine Erkrankung, die man mit Rücksicht auf ihren Sitz als Dactylitis syphilitica bezeichnet. Die Knochenerkrankung wies den Charakter der Gummabildung auf. Die Ausbreitung der Knochenherde ging mit Einschmelzung des Knochengewebes und Aufsaugung von Kalksalzen einher. Das Röntgenbild ergab seinerzeit nur noch Reste von Knochensubstanz in der Gegend der Handwurzelknochen. Trotz zweckmäfsiger Behandlung und Einleitung der Massage ist eine kolossale Verdickung der Hand zurückgeblieben; die Funktionsbehinderung im Handgelenk ist gleichfalls eine noch grofse. Die Gegend des Handgelenks fühlt sich nunmehr hart an. Die Frage nach dem augenblicklichen Zustand der Knochen im Verhältnis zu dem früheren wird eine erneute Röntgenaufnahme ergeben.

Als dritten Fall demonstriert Lesser einen Mann mit **Angioelephantiasis der rechten unteren Extremität.** Fälle derart sind schon häufig beschrieben und zahlreich demonstriert worden. Was an diesem Patienten von besonderem Interesse ist, ist die Gröfsenzunahme des Unterschenkels. Die Längendifferenz beträgt 5 cm. Es besteht auch ein erhöhtes Knochenwachstum. Wie kommt diese Hypertrophie zu stande? Eine Überernährung als Grund hierfür anzunehmen, ist unmöglich; denn es bestehen im Gegenteil Störungen der Ernährung. Ebenso wie die auch in diesem Falle vorhandenen Angiome embryonal bereits angelegt sind, so müssen wir annehmen, dafs auch die Knochen zu einer übermäfsigen Entwickelung bereits vor der Geburt angelegt sind. — In anderen Fällen ist eine Druckatrophie der Knochen gefunden worden. Wegen der varikösen Ulcerationen werden bei diesem Patienten regelmäfsige komprimierende Einwickelungen in Anwendung gebracht.

Plonski erinnert im Anschlufs an diese Demonstration an eine Frau, die wegen Elephantiasis cruris von Lassar seinerzeit in der hiesigen medizinischen Gesellschaft vorgeführt wurde. Der Unterschenkel und Fufs hatten ein unförmliches Aussehen, indem dieselben mehr als dreifach an Umfang verdickt waren. Die vorhandenen Geschwüre zeigten einen fast unerträglichen Foetor. Es handelte sich um ein serpiginöses Syphilid. Eine energische Schmierkur beseitigte den vorhandenen Foetor; auch die Ulcerationen heilten; die Funktionsfähigkeit besserte sich, aber der Dickenumfang verringerte sich nicht. — Rosenthal führt aus seiner eigenen Beobachtung einen Fall an, wo die Elephantiasis im Gegensatz zu dem von Lesser demonstrierten, wo, wie wir gesehen, ein angeborener erhöhter Reiz für die Wachstumsenergie vorhanden ist und demgemäfs das Längerwerden der Röhrenknochen erklärt, Druckatrophie bestand. Die Ursache für diesen Befund bildeten periostitische Zustände, die auf Syphilis zurückzuführen waren. — Lesser bemerkt noch zum Schlufs, dafs die Ulcerationen an dem Unterschenkel des von ihm vorgeführten Patienten nicht auf Syphilis zurückzuführen sind. Bei ihm begann die Elephantiasis bereits im Alter von acht Jahren.

Lipmann-Wulf demonstrierte darauf einen Fall von stark über den ganzen Körper ausgebreiteter **Vitiligo.** Es handelt sich um einen Mann, der zur Species der Rentensucher gehört. Er wurde nämlich mit seinem vermeintlichen Anspruch auf Rente, den er wegen der Beschwerden — aus einem in Ausübung seines Berufes erlittenen Unfall herrührend — stellte, in allen Instanzen abgewiesen. Zu den geistigen und seelischen Aufregungen, welche die Führung des Prozesses für ihn brachte, kam der durch Arbeitslosigkeit herbeigeführte Alkoholmifsbrauch hinzu. Diese Momente mufs man für die Entstehung der Vitiligo nicht als rein zufällig, sondern als ätiologische Momente für deren Entstehen ansehen. Wie gewöhnlich sind auch hier die

Herde symmetrisch aufgetreten. Interessant ist der Pigmentschwund an der Haut in der Inguinalgegend dem Bruchband entlang, das Patient wegen einer bestehenden Inguinalhernie trägt. L. meint nun, dafs durch das starke Auftreten der Vitiligo der Patient in seiner Erwerbsfähigkeit gestört sei und demgemäfs die Möglichkeit vorliegt, für den Mann eine Rente zu erzielen.

Blaschko meint, es käme zum Beispiel bei einem Anspruch auf Krankengeld nicht an auf die physische Unmöglichkeit zu arbeiten, sondern ob die sozialen Verhältnisse den Patienten mit einer bestimmten Krankheit an der Ausübung seines Berufs hindern. So schreibe er jeden Arbeiter mit einer akuten Blennorrhoe, mit einer frischen Syphilis, ein Ladenmädchen mit einer Impetigo contagiosa, falls dieselben es wünschen, arbeitsunfähig. Auch in dem demonstrierten Falle sehe er in dem Ausbruche der Vitiligo eine Beschränkung der Arbeitsmöglichkeit und die Berechtigung der Herleitung eines Rentenanspruchs.

Hollaender führt alsdann drei Patientinnen mit **Nasenlupus** vor, die mit Heifsluftkauterisation behandelt waren. Er unterscheidet zwei Gruppen. Zu der ersten gehören die Fälle, wo keine Nasendestruktion eintritt, d. h. die Architektur und das Profil der Nase erhalten bleiben, obwohl der Lupus seit vielen Jahren die ganze Nase ergriffen hat. Eine Neigung, die Schleimhäute zu befallen, besteht hier nicht. In der grofsen Mehrzahl der Fälle sind auch keine Drüsenschwellungen vorhanden. Auch besteht keine Tendenz zu Komplikationen der oberen Luftwege. Zu der zweiten Gruppe gehören die Fälle, in denen eine primäre Schleimhauterkrankung der Nase zu stande kommt. Im Anschlufs entsteht der äufsere Hautlupus und eine descendierende Tuberkulose der oberen Luftwege. Hollaender hat Fälle gesehen, in denen der Prozefs nur ausschliefslich im Naseninnern sitzt. Erst später durchwächst das tuberkulöse Lymphomgewebe die Dicke der Nasenwand. Das sind die Lupusformen, welche oft zu gröfseren Defekten der Nase führen. Der Erfolg, welcher durch den Heifsluftstrom erzielt wurde, ist in einzelnen Fällen geradezu erstaunlich, in anderen ist das Resultat recht anerkennenswert. Nicht alle Patienten bleiben recidivfrei; H. zeigt, wie in dem einen Falle eine stark descendierende lupöse Erkrankung der oberen Luftwege zur Entwickelung gekommen ist. — Hieran schliefst sich eine Debatte, an der sich Rosenthal, Lesser und zum Schlusse Hollaender beteiligen.

Hierauf demonstriert Isaac II einen 46 Jahre alten Patienten mit **Psoriasis vulgaris** und gleichzeitig bestehendem gummösen Syphilid.

Zum Schlufs hielt Blaschko unter Vorstellung zweier Kranker und Demonstration zahlreicher Präparate den angekündigten Vortrag: **Zur Histologie der Pityriasis rosea.** Er macht zunächst in Bezug auf die Exfoliation der Schuppen bei dieser Erkrankung zum Unterschied der Desquamation bei Psoriasis vulgaris auf ein Symptom aufmerksam, das in der Litteratur nicht genügend gewürdigt wird. Während bei der Pityriasis rosea die Exfoliation der Haut vom Centrum aus nach der Peripherie hin erfolgt, so geschieht die Desquamation bei Psoriasis vulgaris dermafsen, dafs im Centrum der Papel eine Schuppe aufsitzt, die man von der Peripherie her ablösen mufs. Das histologische Bild ist in der Cutis dem des Erythems sehr ähnlich. Es besteht dort eine kolossale Erweiterung der Gefäfse und eine starke Infiltration um dieselben. Im Rete ist ein interepitheliales Ödem mit Erweiterung der Saftlücken vorhanden, welches zur Bildung zahlreicher Bläschen in den oberen Reteschichten führt. Das Stratum lucidum zeigt eine erhebliche Verdickung. In dieser Schicht findet man grofse Epithelzellen, welche 3—4 Kerne aufweisen Diese Zellbildung nennt B. Syncytien. Im Stratum corneum findet man zahlreiche kernhaltige Zellen. Einmal fand B. dort noch Mitosenbildung. Nach Abstofsung der centralen

Schuppe bleibt eine von nicht verhorntem Epithel bedeckte centrale Partie zurück, die erst allmählich wieder den Charakter normaler verhornender Epidermis annimmt.

Meyer erläutert im Anschluſs an die Demonstration eigener Präparate die Befunde, welche er bei Pityriasis rosea gemacht hat. Auch er fand in der Cutis die von Blaschko betonte Erweiterung der Gefäſse und die intraepitheliale Erweiterung der Saftlücken. Die Syncytienbildung sei ein Kunstprodukt. In einzelnen Fällen ist ihm der Nachweis von Mikrokokken bei der Pityriasis rosea gelungen; doch konnte er den Zusammenhang der Bakterien mit der Erkrankung nicht eruieren. — Die weitere Diskussion über diesen Gegenstand wurde vertagt.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 9./21. April 1899.

(Verkürztes Referat nach dem *Wratsch.* 1899. S. 682 und 710. Russisch.)

1. Malyscheff stellte einen Fall von **Syphilis cutanea vegetans** vor. Der betreffende Patient, ein 40jähriger, verheirateter Fabrikarbeiter giebt an, etwa vor 3/4 Jahren syphilitisch erkrankt zu sein. Er weist jetzt auſser Papeln auf dem Kinn und der Halsregion etc. geschwulstartige Vegetationen in beiden Achselhöhlen und in den Leistengruben auf, die aus zusammengeflossenen Papeln entstanden sein dürften. M. glaubt, daſs diese enormen Auswüchse nicht nur, wie die Autoren angeben, auf mechanische und chemische Ursachen zurückgeführt werden können, sondern daſs dieselben auſser durch Unreinlichkeit wahrscheinlich durch eine besondere, in dem Kranken liegende Disposition zu derartigen Vegetationen erklärt werden müssen.

Pospelow stimmt dem bei, da man Kranke mit vernachlässigter Syphilis sehr oft zu sehen Gelegenheit hat, aber mit solchen Auswüchsen höchst selten, wenigstens begegnen ihm bei seiner langjährigen Praxis im Mjaſsnitzkihospital derartige Vegetationen erst zum zweiten Male.

2. Kracht demonstrierte nochmals den schon früher vorgeführten 54jährigen Patienten mit **Akroangioma cutis haemorrhagicum oder Sarcoma cutis multiplex idiopathicum**, bei dem sich die Krankheitserscheinungen unter Arsenikgebrauch noch weiter gebessert haben. Im ganzen hat Patient im Laufe von drei Jahren 400 asiatische Pillen geschluckt und zwei Arsenikspritzkuren durchgemacht. K. glaubt aber, daſs die ausgesprochene Besserung weniger auf den Arsenik, als auf die Krankheit selbst zurückzuführen ist, indem er das Akroangioma nicht für ein Sarkom, sondern für eine Krankheit sui generis hält, die eine bessere Prognose gebe.

3. Metscherski stellte eine 40jährige, verheiratete Frau mit **Atrophia cutis idiopathica et Sclerodermia** vor. Die Krankheitserscheinungen betreffen in symmetrischer Weise hauptsächlich die Extremitäten, in geringerem Grade das Gesäſs und das Kreuz und lassen das Gesicht ganz unberührt. Die Veränderungen der Haut bestehen teilweise in Verdünnung der Haut, die an den betreffenden Stellen Ähnlichkeit von „mit Fett beschmiertem Papier“ bekommen hat, teilweise aber in hypertrophischen, infiltrierten, orangefarbenen Knoten.

4. Pospelow zeigte eine Reihe neuer **Moulagen** aus seiner Klinik, welche von Fiweisky hergestellt sind. *A. Jordan.*

Verhandlungen der Brooklyn Dermatological and Genito-urinary Society.

März, April, Mai, September und Oktober 1898.

Ein **Fall von Erythema multiforme**, vorgestellt von Winfield. Es handelt sich um eine 35jährige Frau, welche vier Wochen vor der Aufnahme über geringe,

mit dem Auftreten des Ausschlags sich verschlimmernde Schmerzen an den Gelenken zu klagen gehabt hatte. Der Ausschlag war auf den Beinen und Armen lokalisiert und war betreffs Lokalisierung und Farbe von typischer Beschaffenheit, aber an einigen Stellen zeigten die Läsionen eine kreisförmige, an Erythema Iris erinnernde Anordnung. Redner bat um Entschuldigung dafür, dafs er eine so leicht zu erkennende Affektion vorstellte; aber da dieselbe das in einem Vortrag von Colby behandelte Gebiet berührte, so glaubte er damit ein zweckmäfsiges Beispiel darzubieten.

Morton diagnostiziert den Fall als Erythema multiforme mit Rheumatismus als ätiologisches Moment. Er erwähnte eine Reihe von Fällen, welche hier (in Brooklyn) als Komplikation der Vaccination vorgekommen waren. Er erklärt die Impferytheme durch reflektorische Reizung in der Weise, dafs das toxische Element auf das Rückenmark einwirkt und auf diesem Wege auf die Haut übertragen wird, oder auch durch das Entstehen von Verdauungsstörungen infolge des sich entwickelnden Fiebers, wodurch reflektorisch hinwiederum die Hautläsionen entstehen. — Was das Impferythem betrifft, so glaubt Winfield, dafs dasselbe durch eine auf Vaccinegift beruhende Blutvergiftung bedingt sei, oder auch es ist, wie Dyer kürzlich im *Indian Lancet* behauptet, durch den Eintritt accidenteller Keime veranlafst.

Morton schilderte den Verlauf von zwei Fällen, an denen sich erkennen läfst, welche **Ursachen einer spastischen Striktur** zu Grunde liegen können. I. Ein 45jähriger Mann klagte über Beschwerden beim Urinieren; er hatte Blennorrhoe gehabt, der Meatus war stecknadelspitzengrofs und es bestand Hypospadie. Es wurde eine Meatotomie ausgeführt, aber alle Versuche ein Instrument einzuführen mifslangen. Die Verengerung befand sich hinter der Übergangsstelle von Pars membranacea und bulbosa. Da der Fall an eine von Otis mitgeteilte Beobachtung erinnerte, wobei eine Verengerung des Meatus eine spastische Striktur bewirkte, wurde nunmehr diese Diagnose gestellt. In der Narkose liefs sich eine Sonde 30 F. leicht einführen. Am folgenden Tage wurde eine Sonde ohne Anästhesie eingeführt. Sämtliche Symptome sind seitdem verschwunden. — II. Ein junger Mann von 16 Jahren ohne nachweisbare Blennorrhoe ist seit einem Jahr durch nächtliches Bettnässen, das aller Therapie getrotzt hat, belästigt worden. Der behandelnde Arzt hatte Sonden eingeführt, aber nur bis an den Sphinktermuskel. Der Patient war anämisch und blafs und gestand ein, masturbiert zu haben. Mit einiger Schwierigkeit gelang es, eine Sonde von normaler Gröfse einzuführen, was am Tage darauf wiederholt wurde. Wahrscheinlich war bei diesem Fall die spastische Striktur eine Folge der durch das Masturbieren bedingten Hyperämie.

Morton berichtete über einen 28jährigen Mann, der einen Spezialisten für Ohrenkrankheiten wegen **Taubseins** aufsuchte. Der Arzt erklärte die Affektion für eine funktionelle Störung, bedingt durch Herabsetzung des Tonus der zuführenden Nerven. Eine erkennbare Ursache hierfür war nicht nachzuweisen, aufser dafs vielleicht Onanie anzunehmen war. Der Patient leugnete jeden geschlechtlichen Umgang mit Weibern und sagte, dafs er während der letzten zwei oder drei Jahre keine Samenentleerung gehabt hat. Thomas untersuchte bald nachher den Urin, welchen er mit Spermatozoen beladen fand. Dies erklärte sich durch die Mitteilung des Mannes, dafs er in der vorherigen Nacht eine Pollution gehabt hatte, was sonst seit Jahren nicht passiert war.

Napier demonstrierte als Präparat ein **Sarkom beider Nieren bei einem Säugling** sowie Photogramme von dem Fall und von den Nieren nach dem Tode. Das Kind war bei der Aufnahme dreizehn Monate alt, und die Anschwellung hatte nach Angabe der Mutter erst einen Monat bestanden. In der rechten Seite des Abdomens fand sich eine glatte Auftreibung, deren Dämpfung oben in die Leber-

dämpfung überging, und die sich nach abwärts bis ins Becken hinab erstreckte; in horizontaler Richtung fing dieselbe einen Zoll weit von der Medianlinie auf der rechten Seite an und erstreckte sich nach hinten soweit als man fühlen konnte. Ein zweiter Tumor fand sich in der linken Hälfte des Abdomens; derselbe erstreckte sich von dem linken Rippenrande schräg nach unten und medianwärts und erreichte mit seinem unteren Rande beinahe den Beckeneingang. Diese Geschwulst war, so weit man erkennen konnte, 4—5 Zoll lang und 3 Zoll breit und war etwas beweglich. Das Kind war hochgradig abgemagert. Die Mutter erklärte, dafs es eine genügende Menge Urin von anscheinend normaler Beschaffenheit entleert habe. Der Appetit war gering, aber die Stuhlentleerung trat regelmäfsig ein; die Entleerungen waren von weicher Konsistenz. Während der ganzen Dauer der Beobachtung fand sich nur einmal Blut im Urin. Bei dem im 15. Lebensmonat erfolgten Tode reichte der rechte Tumor 2 Zoll nach links über die Medianlinie hinaus, und der andere hatte auch an Gröfse zugenommen. Die Autopsie ergab für beide Neubildungen die Diagnose sarkomatöse Entartung der Nieren, was auch mikroskopisch von Thomas bestätigt wurde.

Es wurde ferner ein Patient vorgestellt, welcher etwa ein Jahr zuvor in der Gesellschaft gezeigt worden war. Es sollte dabei auf die **rapide Zunahme der Leukodermaflecke** hingewiesen werden. Zur Zeit ist fast der ganze Körper befallen und die Haare, welche übrigens fest haften, fangen an weifs zu werden. — Morton betonte die Schwierigkeit im allgemeinen und namentlich in diesem Falle, die man bei dem Nachweis eines ätiologischen Momentes hat; ferner machte er darauf aufmerksam, dafs bei diesem Patienten die Vitiligo bisher wenigstens nicht das sonst übliche Verhalten zeigt, nach Erreichung einer gewissen Ausdehnung zum Stillstand zu kommen. — Sherwell machte auf die Ähnlichkeit zwischen diesem Leiden und Alopecia neurotica aufmerksam, und erwähnte die Thatsache, dafs erstere für gewöhnlich zuerst am Halse und dem Gesicht auftritt.

Manley stellte einen Fall von **Tuberculosis verrucosa cutis der Hand** vor. Krankenbericht: William K., 25 Jahre alt, in einer Porzellanhandlung beschäftigt, ritzte sich vor etwa 18 Monaten bei der Arbeit den rechten Daumen an einem zerbrochenen Nagel. Von der verletzten Stelle aus hat sich ein unregelmäfsiger, warzenartiger Rand allmählich aber ununterbrochen ausgebildet. Der centrale Teil heilte, indem die Peripherie sich weiter ausdehnte, bis das befallene Gebiet einen Umfang von $2^1/_4$ mal $1^1/_4$ Zoll erreicht hatte und die Dorsalseite des Daumens bis an das distale Gelenk umfafste. — Morton diagnostizierte den Fall als Eccema verrucosum. Sherwell wies darauf hin, dafs die Affektion am häufigsten bei Leuten, welche mit Häuten zu thun haben, Schlachtern, Hirten u. s. w. vorkommt — man kann fast sagen, dafs dieselbe ihnen ausschliefslich eigen sei, wenn auch der vorgestellte Fall eine Ausnahme von dieser Regel zu sein scheint.

Colby stellte einen **Fall zum Diagnostizieren** vor: Kate O'Brien, 26 Jahre alt, ohne hereditäre Belastung, hat Masern und mehrere Attacken von Malaria durchgemacht. Im elften Lebensjahre hatte sie zuerst einen Anfall von sogenanntem Erysipel, das von der Mutter einem Flohstich zugeschrieben wurde. Die Entzündung ging von einer Papel auf der Brust aus, und die Schwellung und Rötung nahm zu, bis die gesamte rechte Gesichtshälfte ergriffen war und das rechte Auge nicht mehr aufgemacht werden konnte. Der Höhepunkt war in 12 Stunden erreicht und nach 48 Stunden war von dem ganzen nichts mehr zu sehen. Während der Anfangsstadien zeigten die Läsionen eine intensive entzündliche Rötung, welche allmählich in ein dunkeles Blaurot überging, wobei sich Blasen bildeten. Schmerzen und Brennen bestanden nicht, sondern blofs ein Gefühl, als ob das Gesicht platzen sollte. Ähnliche

Attacken stellten sich alle Monate ein und hielten an, bis vier Jahre später die Menstruation eintrat, danach traten die Anfälle nur ein- bis zweimal im Jahre auf. Bei dem einen Anfall griff die Schwellung auch auf die andere Gesichtshälfte über, diese Attacke war die schlimmste und dauerte 14 Tage. Vor 6 Jahren war Patientin acht Wochen an Scharlach erkrankt und bettlägerig. Etwa sieben Monate nachher fand sie eines Morgens beim Aufwachen ihr Gesicht stark geschwollen, mehr noch als jetzt der Fall ist. Seit jenem Tage ist das normale Verhalten nie wieder hergestellt worden. Über Schmerzen ist niemals geklagt worden. Zahlreiche Urinuntersuchungen haben stets einen negativen Befund ergeben. Der Appetit ist schwach. Stuhlgang regelmäfsig. Zu Zeiten ist die Temperatur subnormal gewesen. Das Gesicht ist auf beiden Seiten, namentlich aber auf der linken, geschwollen. Die Lippen sind noch ein halb mal so dick, als sie sein sollten. Die Nase ist vergröfsert und abgeplattet. Die Augenlider sind angeschwollen. Die Wangen, Augenlider und Lippen sehen ödematös aus, fühlen sich aber infiltriert und hart an. Die Haut an den affizierten Teilen hat ein wachsartiges Aussehen. Sonst ist am ganzen Körper nichts derartiges zu bemerken. Eine Zeit lang hat Patientin Thyreoidextrakt in Gaben von 0,24 täglich genommen. Bei täglichen Dosen von 0,3 traten toxische Erscheinungen hervor. Bei dieser Behandlung hat sie 7 Pfund an Körpergewicht verloren, und das Gesicht scheint sich gebessert zu haben.

Raynor hält die Affektion für angioneurotisches Ödem. Sherwell betrachtet es nicht als angioneurotisches Ödem, neigt vielmehr eher zu der Diagnose Myxödem. Winfield stimmt keinem der beiden Vorredner zu, will aber keine bestimmte Ansicht aussprechen. Morton ist der Meinung, dafs von Myxödem keine Rede sein könne; es fehlten die feste, dicke Haut, das harte, lederartige Gefühl derselben u. s. w. Offenbar war die Cirkulation auf irgend eine Weise gestört worden; die Ursache dieser Störung sei jedenfalls in Verbindung zu bringen mit den wiederholten Attacken von Entzündung an dem betreffenden Gebiete. Arthur C. Brush sagte, die Läsionen seien anders als alle Fälle von Myxödem, welche er je gesehen habe; es fehlten das lederartige Gefühl und das Ausfallen der Augenwimpern und Augenbrauen. Der Zustand erinnere mehr an eine Fettablagerung. William Browning erwiderte, dafs er mehr zu der Annahme hinneige, dafs hier eine Art von Elephantiasis der Haut vorliege, eine Folge der wiederholten Entzündungen und vielleicht auch einer Verstopfung der Lymphwege. Angioneurotisches Ödem ist gewöhnlich transitorischer Art. Der Umstand, dafs der vorgestellte Fall durch Darreichung von Thyreoid gebessert worden ist, mag sich zwanglos dadurch erklären, dafs das allgemeine Körpergewicht herabgesetzt und somit eine bessere Resorption hergestellt worden ist. Als eine mögliche Ursache eines derartigen Zustandes führte er die Verstopfung der kavernösen Sinus an, bemerkte aber zugleich, dafs, wenn dies der Fall wäre, man als Begleiterscheinung dabei Venenerweiterungen zu finden erwarten würde. Dieselben waren indessen bei der vorgestellten Kranken nicht vorhanden.

Sherwell stellte einen Fall mit folgendem Krankenbericht vor: Ein 76jähriger Mann mit einer **Geschwürsbildung auf der einen Seite der Nase.** Zwei Monate zuvor hatte er an dieser Stelle einen Abscefs gehabt, welcher incidiert wurde. Wahrscheinlich war derselbe von einer Entzündung der Thränendrüse ausgegangen. Patient leugnet Syphilis gehabt zu haben, und es waren auch keine Symptome, die darauf hätten schliefsen lassen, vorhanden. Als der Fall zuerst in Behandlung kam, bestand eine erhebliche Verhärtung am Rande des Geschwürs. Zur Behandlung beschränkte man sich auf die Applikation einer milden Kalomelsalbe. Unter dieser gelinde antiseptischen Therapie ist die Infiltration erheblich zurückgegangen. — Dieser Fall von Ulceration an der Nase wurde von Raynor vorgestellt, weil Sherwell damit demonstrieren

wollte, daſs sehr viele gutartige Neubildungen ein Epitheliom vortäuschen können. — Winfield besprach derartige Fälle unter dem Hinweis, daſs es solche sind, an denen die Kurpfuscher ihre „Heilungen des Krebses“ erzielen. Er möchte wohl annehmen, daſs die Affektion sich später als bösartig ausweisen könnte, denn er habe Epitheliome am Gesicht beobachtet, welche von einer noch weit geringeren Ursache her sich entwickelt hatten. Ferner wies er hin auf die Entartung, welche man so oft an Warzen und Linsenflecken bei Leuten in dem Alter etwa wie das des vorgestellten Patienten eintreten sieht.

Mosher zeigte einen Fall von **Alopecia areata**, kompliziert durch Lähmung des rechten Beines, letztere Affektion eine Folge von Polyomyelitis anterior. Auf der behaarten Kopfhaut fanden sich mehrere kahle Stellen, von denen die eine, etwa thaler(dollar)groſs, sich auf der linken Seite über Scheitel- und Hinterhauptsbein befand, während einige kleinere sich am Hinterkopf befanden. An den enthaarten Stellen war die Haut atrophisch; die Störung beruhte zweifellos auf einer Neurose.

Winfield stellte einen Fall von **Lepra anaesthetica** vor. J. D., 19 Jahre alt, gebürtig aus St. Kitts, einer von den westindischen Inseln. Das Leiden entstand, als Patient 8 Jahre alt war; die ersten Läsionen sahen wie Herpes tonsurans aus. Die Mitte der Stellen ist vollkommen anästhetisch, während die Peripherie hyperästhetisch ist, namentlich an den frischeren Flecken. Atrophische Deformität ist an beiden deutlich entwickelt, namentlich sind sowohl der Thenar wie Hypothenar vollständig atrophiert. Die Empfindung für Hitze und Berührung fehlt. Die zweite Zehe des linken Fuſses ist durch Ulceration beinahe abgelöst; am rechten Fuſse findet sich ein perforierendes Geschwür. Während der letzten vier Jahre ist die Krankheit nicht weiter vorgeschritten. Die Behandlung hat in der Darreichung von Thyreoidextrakten, Nux vomica, Oleum chaulmoogra etc. bestanden.

Raynor stellte einen Fall von **Alopecia areata** vor: Es handelte sich um einen 22jährigen Mann. Auſser auf dem Kopfe hatte er auch mehrere Flecke an den Beinen. — Sherwell schreibt diese Fälle einer neurotischen Störung zu. Patient hatte schon früher an Alopecie gelitten und wurde schlieſslich durch tonisierende Behandlung geheilt. Seine Beschäftigung hatte ihn mit Antimon, Cyankali und anderen verderblichen Chemikalien in Berührung gebracht. — Bei der Diskussion wurden die Meinungsverschiedenheiten unter den Dermatologen betreffs der neurotischen und der parasitischen Momente in der Ätiologie der Alopecia areata eingehend beleuchtet.

Auf besondere Aufforderung hin stellte Barber einen **Fall von Syphilis des Nervensystems** mit folgendem Krankenberichte vor: Ein 37jähriger Mann, der vor etwa 15 Jahren einen kleinen „Schwär“ (fester) unter der Vorhaut bemerkt hatte. Derselbe blieb bei nur geringen Beschwerden „2—3 Jahre“ lang bestehen und wurde schlieſslich „ausgebrannt“. Patient kann sich nicht erinnern, ob er interne Mittel erhielt oder nicht. Über irgend einen Hautausschlag weiſs er nichts anzugeben, nur sagte er, soviel er sich erinnere, sei sein Haar an etlichen kleinen Stellen ausgefallen, und ein paar „Finnen“ (pimples) zeigten sich zwischen den Schultern. Die Beschreibung derselben läſst an Akne denken. Dabei befand er sich die ganze Zeit über „vollkommen wohl“. Vor etwa einem Jahr machte sich ganz plötzlich ohne erkennbare Ursache eine geringe Ptosis am rechten Auge bemerkbar, ging aber in etwa acht Tagen wieder vorüber. Etwa sieben Monate später trat eine Ptosis an demselben Auge zum zweiten Male hervor. In der Meinung, daſs die Störung von selbst wieder verschwinden werde, unterlieſs Patient etwa einen Monat lang alle Behandlung, ging dann jedoch in verschiedene Polikliniken, wo er „Tropfen“ erhielt. Von diesen nahm er in steigender Dosis 1—15 pro Tag. Eine Besserung war aber nicht zu bemerken, bis er vor etwa einem Monat in Behandlung von Dr. Barber kam. Seitdem hat er

sich bei Queckailbereinreibungen und internen Gaben von Jodkalium bis zu 1,2 pro die stetig gebessert. Als die Behandlung begonnen wurde, war das Augenlid absolut unbeweglich, und er hatte auch etwas Schmerzen in der Tibia, namentlich nachts. Status praesens: Patient ist mager, wie er sagt, infolge von Mangel an geeigneter Nahrung, fühlt sich aber wohl. Das Lid kann so weit gehoben werden, dafs er bei zurückgebogenem Kopfe ganz leidlich sehen kann. Es besteht Strabismus divergens; die verengte Pupille reagiert auf Accommodation, aber nicht auf Licht. Ferner findet sich eine sehr unbedeutende Lymphdrüsenschwellung.

William Browning, der mit einigen anderen Neurologen speziell zu einer Besprechung der **Syphilis des Nervensystems** eingeladen worden war, wurde gebeten, die Diskussion zu eröffnen. Er sagte: Die Diagnose der Syphilis des Nervensystems ist vielleicht bei unkomplizierten Fällen leicht; wenn aber, wie häufig zu geschehen pflegt, diese Affektion sich mit anderen Läsionen vergesellschaftet, z. B. Bleivergiftung, Malaria, Abdominaltyphus u. s. w. u. s. w., so ist nicht nur die Diagnose derselben sehr unsicher, sondern auch die Behandlung ist eine sehr schwierige. Um nur eins anzuführen, bei Patienten, welche an Bleiintoxikation leiden, wird Quecksilber durchaus nicht vertragen. Beim Typhus sind die syphilitischen Symptome gewöhnlich latent, bis das Fieber abläuft. Syphilis und Alkoholismus sind häufige und schlimme Komplikationen. Man mufs darauf bedacht sein, dafs man nicht von Syphilidophoben getäuscht wird; namentlich verdienen in dieser Beziehung Beachtung diejenigen, welche eine „Kur" wegen „harten Schankers", „Blutvergiftung" etc. durchgemacht haben. In vielen Fällen ist eine derartige Diagnose nebst Behandlung durch eine bedauernswerte Unwissenheit bedingt gewesen. In Bezug auf Barbers Fall führte Redner aus, dafs für gewöhnlich, wie auch bei dem hier vorgestellten Manne, der ganze Nerv afficiert ist. Gelegentlich allerdings sind die Nervencentra befallen, und man hat dann mit einem einzigen Symptom zu thun. Einseitige Ptosis ist stets ein sehr verdächtiges Symptom. In Bezug auf Tabes dorsalis wird im allgemeinen gelehrt und geglaubt, dafs alle solche Erkrankungen auf syphilitischer Basis beruhen, häufig auch auf kongenitaler Syphilis. Indessen soll man in der Diagnose der Tabes vorsichtig sein. Viele Fälle von Dementia paralytica sind durch Syphilis bedingt. Redner sagte, er habe mehrere Fälle von frühzeitiger Dementia progressiva bereits gesehen, bei denen der Patient seinen Lebenslauf anscheinend bei voller Gesundheit begonnen hatte, und bei denen eine Aufklärung über die Ätiologie sehr schwer zu erlangen gewesen sei. In späteren Jahren läfst sich sehr oft, wenn nicht immer, die Dementia progressiva auf Syphilis zurückführen. Die Kopfschmerzen auf syphilitischer Basis treten mit grofser Heftigkeit auf, aber bei vielen Fällen weisen die Erscheinungen mit grofser Entschiedenheit hin auf Syphilis, oder gar man kann sie als pathognomonisch bezeichnen. Redner erwähnt Fälle von Schmerzen im Hinterkopf nebst Erbrechen und oft auch absoluter Dysphagie. Solche Attacken treten oft plötzlich ein und sind von der allerernstesten Bedeutung. Der Patient kann nicht sprechen, er kann die nötigen Medikamente nicht genügend und schnell genug in seinen Organismus einverleiben, und die Krankheit verläuft gewöhnlich rasch zum Schlimmeren. Meistentheils sind die Symptome doppelseitig infolge des centralen Sitzes der Läsion. Eine energische Behandlung ist erforderlich. — Zu den selteneren Befunden gehört eine gelatinöse Verklebung aller der das Gehirn umgebenden Membranen, die aber keinen gummösen Charakter zeigt. Manchmal ist es möglich, Gummata des Gehirns zu erkennen. Dieselben bewirken bald raschere, bald langsamere Erscheinungen. Redner gab von jeder Art je ein Beispiel. Beide nahmen einen günstigen Verlauf, als die passende Behandlung eingeleitet wurde. Trotzdem starb aber der Patient mit den rapiden Symptomen sechs Monate später an Demenz, wahrscheinlich infolge von

persistenten Veränderungen an der Gehirnsubstanz selbst. Ob die eigentliche Nervensubstanz jemals spezifisch erkrankt, ist noch eine offene Frage. Bei Tabes entspringen die Läsionen in den hinteren Wurzeln und schreiten nach innen zu weiter vor. Es giebt auch eine spastische Paralyse, welche für Syphilis pathognomonisch ist. Bei dieser findet sich unterhalb der Taille die spastische Veränderung, manchmal auch mit Reflexen am Handgelenk; die meisten dieser Fälle sind einer Heilung fähig.

A. C. Brush sagte, die Schilderung, welche Browning gegeben hatte, sei so erschöpfend gewesen, dafs ihm nur wenig zu sagen übrig bleibe. Er berichtete über mehrere Fälle, bei denen er mit gutem Erfolg Thyreoidextrakt angewandt hat, und führte aus, dafs in manchen Fällen von Nervensyphilis dieses Mittel Besserung und sogar Heilung erzielen lasse.

Morton äufserte sich kurz folgendermafsen: Für den Dermatologen beruht das Hauptinteresse bei diesem Gegenstande in der Prophylaxe; er ist der Meinung, dafs ein Syphilitiker mit durchschnittlicher Resistenzfähigkeit bei frühzeitiger Durchführung einer einjährigen, gründlichen Behandlung mit Quecksilber und nachfolgender anderthalb- oder zweiundeinhalbjähriger Nachkur mit Jodkalium im Verein mit Quecksilber im allgemeinen keine tertiären Symptome, namentlich keine Störungen von seiten des Nervensystems zu befürchten braucht. Die Patienten fragen oftmals, ob aus der Beschaffenheit des Schankers sich eine Prognose stellen läfst. Allerdings ist ein grofser Schanker mit erheblicher Induration prognostisch von ungünstiger Bedeutung, aber andererseits kann ein kleines, unbedeutendes Geschwür ernste Störungen im Gefolge haben, wenn auch nicht zu verkennen ist, dafs bei den unbedeutenderen Läsionen auch die Behandlung eine weniger energische und oft ungenügende zu sein pflegt. Bei den Fällen, in denen das Leiden sich in der Form von Endarteritis cerebralis entwickelt, bleibt es oft längere Zeit latent, und infolgedessen hat man nach einiger Zeit das Bild einer Gehirnblutung. Solche Fälle bessern sich häufig ganz überraschend schnell bei grofsen Dosen Jodkalium im Verein mit Quecksilbereinreibungen. In allen Fällen, einerlei welche Gewebe befallen sind, ist die obige Behandlung die richtige. Frühzeitige primäre Nervensymptome lassen sich auf verschiedenerlei Weise erklären, doch ist es am wahrscheinlichsten, dafs sie durch die Toxine des spezifischen (wenn auch bisher noch unentdeckten) Mikroorganismus der Syphilis bedingt sind. Die Feststellung dieses bacillären Ursprungs der Syphilis als Thatsache ist nur eine Frage der Zeit. Über die Wirkung von Thyreoidpräparaten bei der Behandlung dieses Leidens stehen Redner eigene Erfahrungen nicht zu Gebote.

Fraser teilte die Krankengeschichte eines Tabeskranken mit, bei welchem Syphilis sich nicht nachweisen liefs. Der Vater hatte niemals spezifische Symptome dargeboten bis zum 50. Lebensjahr, zu einer Zeit, als der Sohn 34 Jahre alt war und bereits tabische Erscheinungen aufwies. Fraser warf die Frage auf, ob man es möglicherweise hier mit einem Falle von hereditärer syphilitischer Übertragung zu thun habe.

Browning erwiderte, dafs in Anbetracht dessen, dafs die Symptome der Ataxie erst im 34. Lebensjahre bei dem Sohne hervortraten, er nicht geneigt sein würde, dem Vater eine Schuld beizumessen. Auch stellte er die Frage, ob denn die Diagnose ganz sicher feststehe. — Morton spielte auf die durch Syphilis bedingte Apoplexie an, worauf Browning entgegnete, dafs man sie bei der einen Form ohne besondere oder eigentümliche Prodrome eintreten sieht, indem sie wahrscheinlich einfach durch Zerreifsen eines geschwächten Gefäfses durch irgend welche nicht näher bestimmte Ursachen bedingt sind. Bei anderen dagegen gehen dem Anfall heftige Kopfschmerzen voraus. Diese bessern sich sofort nach dem Einsetzen des Anfalls, als ob irgend eine

Spannung aufgehoben worden sei. — Fraser fragte an, ob es nicht üblich sei, im dritten Stadium Quecksilber ohne andere Medikamente allein anzuwenden. — Morton erwiderte, dafs er nach sorgfältiger Durchsicht der Litteratur sich überzeugt habe, dafs das richtige Verfahren in der Darreichung von Quecksilber nebst Jodkalium bestehe. Whites Theorie, welcher er auch beipflichten möchte, lehrt, dafs am Ende des ersten Jahres die Fieberperiode der Krankheit so gut wie überstanden ist, und dafs nach einer während dieser Zeit gründlich durchgeführten Quecksilberbehandlung nichts weiter zu thun übrig bleibt, als die Ausscheidung etwaiger Residuen durch die Lymphwege zu betreiben. Zu diesem Zwecke ist das Jodkalium als ein nützliches Mittel, um die Lymphwege gut durchgängig zu erhalten, empfehlenswert.

James Mac Farlane Winfield, M. D.
Vorsitzender.

Mark Manley, M. D.
Schriftführer.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Itzehoe.)

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Band II, No. 9 (Juni 1899).

Zur Ätiologie des protrahierten Verlaufes der ersten Latenzperioden der Syphilis, von T. Brors van Dort. Protrahierte Dauer der ersten und zweiten Inkubationszeit bei Syphilis ist bisweilen beobachtet. Verfasser berichtet zwei in dieser Beziehung interessante Fälle. Beim ersten trat die Sklerose 50 Tage nach dem infizierenden Coitus auf; die Sekundärerscheinungen stellten sich erst nach 110 Tagen ein. Das gesamte Krankheitsbild war ein sehr mildes. Die Anamnese ergab, dafs der Vater des Patienten, 40 Jahre alt, am Schlaganfall gestorben war und kurz vorher wegen Gummen am Halse eine Kur in Aachen durchmachen sollte. — Der zweite Fall zeigte eine erste Inkubation von 55 Tagen, eine zweite von 117 Tagen; der Verlauf war auch ein leichter. Hier hatte der Vater wegen „Rheumatismus" die Schwefelthermen gebraucht, viel an Geschwüren der Unterschenkel und Knie gelitten; schliefslich war er an einem Rückenmarksleiden gestorben. Drei Brüder waren ganz jung gestorben. — Verfasser glaubt, dafs hier beide Male eine gewisse Durchseuchung des Organismus durch paternelle Infektion die protrahierte Inkubation und die leichten Symptome bedingte.

Zur Pathogenese der kongenitalen Frühsyphilis, von Carl Hochsinger. Der Befund von Karvonen bei kongenitaler Syphilis deckt sich, wie Verfasser mit Genugthuung betont, mit dem von ihm in seinen Studien über die hereditäre Syphilis mitgeteilten. Beide fanden abnorm reichliche Zellmassen in den Fötalorganen. Während Karvonen das aber auf eine fötale Hemmungsbildung des Mesenchyms zurückführt, erblickt Verfasser darin eine entzündliche Erkrankung des Stützgewebes der in Entwickelung begriffenen Parenchyme. Er fragt, wie es komme, dafs die Hemmungsbildung ausschliefslich in den Mesenchymen der grofsen Darmdrüsen und an den Knochenknorpelgrenzen der langen Röhrenknochen sich abspiele. Deutet dieser Sitz nicht viel mehr darauf hin, dafs die intensiven, formativen und funktionellen Reize, die in den genannten Fötalorganen statthaben, eine Attraktion des Giftstoffes bedingen? Müfste eine Entwickelungshemmung nicht eine generelle sein?

Warum bleiben die anderen Keimblätter aufser dem Mesenchym von der Hemmung verschont? Gegen die letztere spricht auch das von Hecker festgestellte gröfsere Gewicht der visceralen, fötalen Organe hereditär luetischer Kinder, das nur auf entzündlichen Prozessen beruhen kann. Auch die Leberbefunde deuten auf eine Entzündung, da man alle Übergänge von einfacher Kernvermehrung bis zu hochgradiger Durchwucherung und starker Vergröfserung des Organs findet. Der Mangel an Plasmazellen ist für eine Deutung nicht zu verwerten. Dagegen ist die perivaskuläre Zellanhäufung, welche vom Wundernetz der Schweifsdrüsen bis zu den Papillarschlingen sich erstreckt, nur durch einen entzündlichen Prozefs zu erklären. Zum Schlufs betont Verfasser noch, dafs er behauptet hat: die frühzeitigen intra-uterinen Syphilisformen der Föten sind ausschliefslich diffuse Erkrankungen der grofsen Darmdrüsen und Knochenknorpelgrenzen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1899. Heft 6.

1. **Die Technik der Lithotripsie**, von Guyon. (Heft 3, 5 und 6.) Guyons klinische Vorlesungen zeichnen sich insgesamt durch klare und anschauliche Darstellung, eine bis ins kleinste Detail gehende, alle nur denkbaren Eventualitäten berücksichtigende Ausführlichkeit, sowie durch die aus ihnen sprechende, überaus reiche persönliche Erfahrung des berühmten Urologen aus. Diese Vorzüge sind auch den hier veröffentlichten Vorlesungen über die Technik der Lithotripsie eigen. Zum Referate eignen sich diese Vorlesungen mit ihrer Fülle von Einzelheiten nicht; dagegen sei ihr Studium allen Ärzten, die sich für den Gegenstand interessieren, aufs wärmste empfohlen.

2. **Der prognostische Wert der Methylenblauprobe**, von Bazy. Der Verfasser hat neuerdings zwei Fälle beobachtet, deren Verlauf den Wert der Methylenblauprobe für die Prognose der Operationen an Harnorganen beweist. In dem einen Fall war bei einem Patienten wegen linksseitiger Pyonephrose die Nephrektomie gemacht worden, obwohl die Methylenblauprobe vollständig negativ ausgefallen war: der Mann starb am Tage nach der Operation unter heftigen dyspnoischen Erscheinungen. Bei der Sektion fand sich die rechte Niere im Zustand der chronischen parenchymatösen Entzündung. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen alten Mann mit chronischer Cystitis und Blasenstein. In dem stark eiweifshaltigen Urin fanden sich Epithelien, Leukocyten und hyaline Cylinder. Die Methylenblauprobe ergab ein fast negatives Resultat: der Urin enthielt nur minimale Spuren von Methylenblau und auch diese erst nach zwei Stunden. Trotzdem wurde, weil die Schmerzen überaus heftig waren, die Sectio alta gemacht und der Stein entfernt. Das Befinden war in den ersten Tagen nach der Operation ziemlich gut, nur der Puls war andauernd sehr beschleunigt. Vom zwölften Tage nach der Operation an war die Temperatur abends mäfsig erhöht (bis zu 38,6°); am achtzehnten Tage trat ein aufserordentlich heftiger Schüttelfrost ein. Von da an besserte sich wider Erwarten der Zustand des Kranken sehr rasch, sodafs derselbe nach weiteren zehn Tagen das Spital verlassen konnte. — Die beiden Fälle beweisen, dafs bei ungünstig ausgefallener Methylenblauprobe jede Operation an Harnorganen unterbleiben soll, wenn sie nicht absolut notwendig ist.

3. **Trübung des Urins, die ausschliefslich durch Epithelien verursacht ist**, von Noguès. Eine ausschliefslich durch Epithelien verursachte Trübung des Urins kommt hauptsächlich vor bei Neubildungen der Blase, und zwar besonders bei weichen ulcerierenden und teilweise degenerierenden Neoplasmen. In diesen Fällen

sind die Epithelien gewöhnlich verändert: die Ausläufer sind verschwunden, das Protoplasma hat seine Durchsichtigkeit verloren und infolge fettiger Infiltration ein glasiges Aussehen bekommen, die Kerne sind miteinander verklebt und nicht mehr deutlich erkennbar. Das gleiche ist der Fall bei Leukoplasia vesicalis; die Ursache der Trübung des Urins ist hier das Vorhandensein zahlreicher Epithelien und Leukocyten. — Der Verfasser hat nun zwei Fälle von Trübung des Urins durch Epithelien beobachtet, in denen die Epithelabschilferung nicht durch Erkrankung der Blasenwände verursacht war. In dem einen Falle handelte es sich um einen Kranken mit chronischer Cystitis, bei dem Blasenspülungen mit 2‰iger Höllensteinlösung gemacht wurden. Nach der ersten Spülung war der Urin klar, nach der zweiten jedoch wieder vollständig trüb. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs diese Trübung nicht, wie vermutet worden war, durch Leukocyten, sondern ausschliefslich durch Epithelien verursacht war. 48 Stunden nach der Spülung war der Urin wieder klar; jedoch trat nach den Spülungen noch mehrere Male Trübung, wenn auch in leichterem Grade, auf. In diesem Falle hatte also die Höllensteinlösung eine Abschilferung der oberflächlichen Epithelschicht bewirkt. — Der zweite Fall betraf einen Patienten mit Blasenstein. Der Urin war permanent trüb, auch in diesem Falle war die Trübung ausschliefslich durch Epithelien verursacht. Die Schmerzen waren bei diesem Kranken aufsergewöhnlich grofs. Dieser Fall ist übrigens ein neuer Beweis für die aseptische Bildung der Blasensteine. *Götz-München.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Mai 1899.

I. **Der wechselnde Widerstand, dem man bei der Elektrolyse begegnet, und die Notwendigkeit des Gebrauches eines Galvanometers,** von M. B. Hutchins-Atlanta. Der Verfasser referiert zunächst ganz kurz aus der Litteratur die Ansichten einzelner namhafter Autoren über die Stromstärke bei Anwendung der Elektrolyse und den Gebrauch eines Milliampèremeters. Nicht alle halten ein solches für notwendig. Ihre Angaben beziehen sich meistens auf die Anzahl der Elemente, die sich zwischen ziemlich weiten Grenzen (2—20 oder 3—10 Elementen u. s. w.) bewegt. Verfasser hat nun mit Schwammelektroden in den Händen an sich selbst sowohl wie an anderen Personen die verschiedenen Widerstände experimentell geprüft. Er fand, dafs je nach der Dicke der Epidermis der Handteller die Widerstände bald gröfsere, bald geringere waren, dafs Alter, Geschlecht, abnorme Hautzustände wie Hyperidrosis, Keratosis etc. zweifellos die Stromstärke beeinflufsten. Ebenso können verschiedene Flüssigkeiten, wie Verfasser sich überzeugt hat, verschiedene Widerstände hervorrufen. Man wird also gut thun, bei der Elektrolyse alle diese Faktoren in Rechnung zu ziehen und sich eines Ampèremeters zu bedienen.

II. **Einige Bemerkungen über die Diagnose und Behandlung der Blasenruptur,** von Paul Thorndike-Boston. Der Verfasser teilt zunächst die Krankengeschichten von sechs Fällen von Blasenruptur aus dem Bostoner Cityhospital mit. In vier Fällen lag der Rifs extraperitoneal, in zwei intraperitoneal. Von den ersteren starb einer, von den letzteren verliefen beide letal. In fünf Fällen war Trauma die Ursache, in einem Muskelaktion. Nur in einem der extraperitonealen Fälle konnte der Sitz der Ruptur bei der Operation aufgefunden werden. — Sofortige Operation nach Feststellung der Diagnose bessert einigermafsen die Prognose. Leider ist die Diagnose einer Blasenruptur nicht immer leicht zu stellen, und zwar deshalb nicht, weil man nicht viel Zeit für die Beobachtung und Untersuchung zu verlieren hat. Unsicher und für die Diagnose nicht immer verwertbar sind von Symptomen der

Shock, die Schmerzen, Entleerung eines blutigen Urins in kleinen Quantitäten, intensiver Harndrang etc. Weit besser versichert man sich von dem Vorhandensein einer Blasenruptur durch Injektion eines genau abgemessenen Quantums von Flüssigkeit mittels eines weichen Katheters und durch Messen des wieder herausgelassenen Quantums der Flüssigkeit. — Von Wichtigkeit ist es vor allem zu wissen, ob der Riſs extra- oder intraperitoneal gelegen ist. In zweifelhaften Fällen wird man zur Eröffnung der Bauchhöhle schreiten müssen. — Der Verfasser formuliert seine Beobachtungen folgendermaſsen: 1. In allen Fällen von sicher festgestellter Blasenruptur soll sofort die Operation ausgeführt werden. 2. In allen Fällen von intraperitonealer Ruptur soll sofort die Laparatomie ausgeführt und die Wunde in der Blase vernäht werden. 3. In allen Fällen, wo Zweifel besteht, ob der Riſs ein extra- oder intraperitonealer sei, soll sofortige Laparatomie gemacht werden. 4. In allen Fällen von extraperitonealer Ruptur, wo hinsichtlich der Richtung und der Ausdehnung der Extravasation Zweifel bestehen, soll die Laparatomie behufs Untersuchung und Feststellung der Diagnose ausgeführt werden und die Operation zur Drainage der Blase sich daranschlieſsen.

III. **Ein neues Agens zur Beseitigung der Alopecia areata**, von Granville Mac Gowan. Der Verfasser unterzieht die bisherigen, gegen Alopecia areata gebrauchten Mittel und ihre Heilresultate einer kurzen Kritik. Er findet es seltsam, ja bisweilen barbarisch, daſs man bei einer zeitlich begrenzten Krankheit, wie die Alopecia areata es ist, die Patienten mit stark reizenden Substanzen quält. Nur selten gelingt es, den Prozeſs abzukürzen. Unter den sehr wenigen Medikamenten, die am ehesten geeignet wären, dies zu thun, steht obenan das reine Kreosot, bei welchem Hyde ein verhältnismäſsig rasches Wiederwachsen der Haare beobachtet hat. Verfasser bedient sich mit Vorliebe des Trikresols. Dasselbe wird entweder rein oder in Salbenform appliziert. Es ist ein ausgezeichnetes Mittel zur Zerstörung des Trichophytonpilzes. Der ersten Applikation geht eine gründliche Reinigung der befallenen Stellen mit Benzin voran. Auf die Kopfhaut wird das Mittel rein, auf das Gesicht in einer 50%igen alkoholischen Lösung appliziert, und zwar wird dasselbe mit einem Wattebäuschchen tüchtig in die kahlen Stellen eingerieben. Es verursacht einen brennenden Schmerz, der jedoch erträglich ist und ziemlich rasch vorübergeht. — Bei den acht Fällen, deren Krankengeschichten im folgenden kurz mitgeteilt werden, dauerte die Behandlung vom Beginn der Trikresolapplikation an bis zu der Zeit, wo die befallenen Partien wieder vollständig mit festen, normalen Haaren bedeckt waren, durchschnittlich $2^1/_2$ Monate.

Juni 1899.

I. **Ein Beitrag zum Studium des sogenannten prämykotischen Stadiums der Mykosis fungoides**, von J. N. Hyde und F. H. Montgomery. Die Verfasser hatten Gelegenheit 13 Fälle zu beobachten, von denen elf die charakteristischen Dermatosen des sogenannten prämykotischen Stadiums aufwiesen. Der vorliegenden Arbeit liegt ein sorgfältiges Studium zweier von den Verfassern beobachteter und längere Zeit hindurch behandelter Fälle zu Grunde, deren Krankengeschichten im folgenden ausführlich mitgeteilt werden. Fall 1 betraf eine 27jährige Witwe, welche seit drei Jahren an intensivem Hautjucken auf dem Kopfe, im Gesichte, am Stamm, an den Dorsalflächen der Hände und Füſse litt. Abgesehen davon klagte die Patientin über Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und Verdauungsstörungen. Bei der ersten Besichtigung war von objektiven Symptomen nur ein leichtes Erythem einzelner wohlumschriebener Körperstellen zu sehen. Die Patientin war früher stets gesund und auf eine sorgfältige Hautpflege bedacht gewesen. Monate lang blieb der Zustand so

ziemlich derselbe, bis sich hier und da zerstreute, oberflächliche, wohl begrenzte, glatte, mit Schüppchen bedeckte Infiltrationen von lebhaft rosenroter Farbe und verschiedener Größe entwickelten. Einzelne verschwanden, andere persistierten, erreichten stellenweise eine bedeutende Größe. Die kleineren Tumoren bedeckten namentlich das Gesicht, den Hals, Stamm und die Beine, während ein großes, fungusartiges Gewächs sich auf der linken Schulter befand. Mehrere der größeren Tumoren brachen auf, entleerten eine übelriechende, eitrige Flüssigkeit und entwickelten sich zu Ulcerationen, welche im weiteren Verlaufe sich mit grünlich-schwarzen Krusten bedeckten. Die Patientin magerte stetig ab und starb schließlich an Emaciation. Eine Sektion wurde nicht gestattet. — Der Verfasser giebt einen Überblick über die als prämykotisches Stadium der Mykosis fungoides beschriebenen Fälle in der Litteratur, erörtert eingehend die Histopathologie dieses frühen Stadiums, deren wesentlichste Hauptmerkmale von den verschiedenen Autoren übereinstimmend folgendermaßen angegeben werden: 1. Dilatation der Gefäße und perivaskuläre Infiltration. 2. Deutliche Zellinfiltration, die unterschiedslos auf die papillären und subpapillären Schichten beschränkt ist, ausgenommen dort, wo sie die scharf begrenzten Scheiden um die tieferen Gefäße bildet. 3. Ein außerordentlich zartes Netz als Stützgerüst für die Zellen, wo dieselben sehr zahlreich sind. 4. Ödem der papillären und subpapillären Schichten. 5. Mitotische Figuren im Corium und im Rete. 6. Sekundäre Veränderungen im Rete, einschließlich der Hypertrophie und des Ödems mit einer Art von Zelldegeneration. Wenn das Tumorstadium nahe ist, dann weicht das Rete vor dem Bindegewebswachstum zurück und kann auf eine bloße Linie reduziert werden.

Juli 1899.

I. **Ein Fall von sklerotischer Verengerung des Harnröhreneinganges,** von G. K. Swinburne-New York. Der 29jährige, kräftig gebaute Patient kam vor ca. 3 Jahren in die Poliklinik mit großen Beschwerden und Schmerzen beim Urinieren. Der Urin konnte nur in dünnem Strahle oder tropfenweise entleert werden. Bei der Untersuchung erwies sich der Harnröhreneingang außerordentlich eng, für Katheter mit No. 6 schwer durchgängig, und dies infolge einer Masse von knorpelhartem Gewebe, welches den Meatus nahezu ganz einnahm. Der Patient hatte sechs Jahre zuvor einen harten Schanker mit vereiternden Bubonen jedoch ohne nachfolgende syphilitische Erscheinungen und vor drei Jahren zwei Monate lang einen Tripper gehabt. Welches die eigentliche Ursache dieser Verengerung war, ließ sich jedoch nicht bestimmt eruieren. — Verfasser führte die Meatotomie aus, indem er die ganze zähe, fibröse Masse durchschnitt, worauf sofort ein Katheter No. 28 leicht eingeführt werden konnte. Die Dilatationen wurden täglich bis zum Abheilen der Wunde vorgenommen. Eine erneute Kontraktion trat nicht wieder ein. Nach und nach verschwand auch die knorpelartige Masse, sodaß der Patient fernerhin vollständig frei von Beschwerden blieb.

II. **Ein Fall von „Erythème induré des scrofuleux-Bazin" mit mikroskopischen Befunden, welche auf den nicht tuberkulösen Charakter der Affektion hinweisen,** von Ch. T. Dade-New York. Der 42jährige Patient ist ein kräftig gebauter Mann ohne erbliche Belastung. Er hat keine Syphilis gehabt, lebt regelmäßig, ist weder Trinker noch Raucher. Seine Hautaffektion begann vor zwei Jahren. Gegenwärtig ist es seine dritte Attacke, von der er befallen wurde. Dieselbe begann mit zwei erbsengroßen Knoten unter der Haut und zwar je einem an der Innenseite eines Beines. Nach und nach wurden die Knoten größer und zahlreicher, ragten über das Niveau der Haut hervor und röteten sich. Auf Druck sind dieselben nicht schmerzhaft, fühlen sich hart an; einzelne zeigen im Centrum eine Schuppe.

Der Patient hat keine Schmerzen in den Gelenken. — Einer der gröfseren Plaques, bei welchem sich Erweichung zeigte, wurde in seinem oberen Teile behufs mikroskopischer Untersuchung excidiert; die zurückbleibende ausgehöhlte Wunde heilte unter einfachen, antiseptischen Verbänden rasch ab, was nach der Ansicht des Verfassers nicht geschehen wäre, wenn der Knoten akrophulöser resp. tuberkulöser Natur gewesen wäre. Die mikroskopische Untersuchung, von Dr. Ewing vorgenommen, ergab folgende Befunde: Zunächst bemerkt man die Veränderungen einer subakuten, exsudativen Entzündung. Die Cutis ist diffus von polynukleären Leukocyten und einigen mononukleären Zellen infiltriert. Die Leukocyten sind an einigen Stellen so zahlreich, dafs sie kleine Abscesse bilden. Sonst liegen sie in Reihen zwischen den dichten Bindegewebsfasern. Die Wände der kleinen Arterien und Kapillaren sind stark verdickt und geschwollen. Einige scheinen komprimiert und vollgepfropft von geschwollenen endothelialen Zellen und den perivaskulären Leukocytenhaufen. Einige Gefäfse sind zerrissen und das benachbarte Gewebe erscheint blutig infiltriert. Nirgends sind Anzeichen von Nekrose, von Rundzelleninfiltration, von bemerkenswerter fettiger Degeneration oder von Bildung miliarer Tuberkel vorhanden. Mastzellen und eosinophile Zellen sind ziemlich zahlreich vorhanden; nirgends dagegen konnten Tuberkelbacillen nachgewiesen werden. Einem Meerschweinchen wurden Partikelchen der Wunde eingeimpft und sechs Wochen später das Tier getötet. Auch nicht die leisesten Spuren von Tuberkulose konnten in den Drüsen oder sonst wo entdeckt werden. — Auf Grund der klinischen wie histologischen Befunde glaubt sich Verfasser zu dem Schlusse berechtigt, dafs das Erythema induratum in keiner Beziehung zur Tuberkulose stehe und die nähere Bezeichnung „des scrofuleux" geeignet sei, zu irrigen Ansichten zu verleiten.

III. **Erythema induratum und nekrotisches Granuloma bei einem und demselben Patienten,** von J. C. Johnston-New York. Die 16jährige, anämisch aussehende, tuberkulös belastete Patientin zeigt seit längerer Zeit vergröfserte Cervikaldrüsen, die jedoch nicht vereiterten. Die Haut der Extremitäten ist bläulich, kalt, an den Händen und Beinen ödematös. Hier und da sieht man namentlich an den Streckseiten der Unterschenkel zahlreiche, etwas erhabene, oder nur unter der Haut eben fühlbare, verschieden grofse, diffuse Infiltrationen, welche sich allmählich in der benachbarten verlieren. Ihre Farbe ist im Beginn bläulich-rot, später, wenn sie an Gröfse zunehmen, tief rot. Bei Rückbildung einer Infiltration bleibt Pigmentation und eine Narbe zurück, ganz gleich ob es zur Ulceration gekommen ist oder auch nicht. Wenn der Prozefs die Epidermis erreicht, so wird die letztere verdünnt durch die Exfoliation, und es kann bei einer solchen Gelegenheit zur Ulceration kommen. Das Geschwür ist dann schmerzlos, sondert einen dünnen, bisweilen blutig gefärbten Eiter durch eine kleine mit einer gröfseren darunter befindlichen Höhle kommunizierende Mündung ab. In dem vorliegenden Falle trat nur ein- bis zweimal Ulceration auf, in anderen schwereren Fällen fand Verfasser viele Öffnungen in den Knoten, welche durch subcutane Fistelgänge miteinander kommunizierten und die Plaques förmlich unterminierten. Die Effloreszenzen zeigen geringe Heilungstendenz. Die Affektion sieht in ihrem frühen Stadium dem Erythema nodosum sehr ähnlich. — Verfasser beschreibt im folgenden das histologische Bild der Affektion, vergleicht seine Befunde mit denen anderer Autoren, namentlich mit denjenigen Dades und Ewings, mit denen er in vielen Punkten nicht übereinstimmt. *C. Berliner-Aachen.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band III, Heft 3 (Mai 1899).

1. **Wollhaar bei einem Kinde weifser Rasse,** von Cantrell-Philadelphia. Verfasser berichtet den Fall eines 7jährigen Knaben weifser Rasse, bei dem gelegentlich eines Spitalaufenthalts die Aufmerksamkeit der Ärzte durch die Beschaffenheit des Kopfhaares des Patienten erregt wurde. Bei auffallend hellrosafarbigem Teint der Kopfhaut waren die überaus reichlichen flachsblonden Haare kraus, trocken und fettlos, wie man es bei der Negerrasse findet. Auch die Länge der krauslockigen Haare war auffallend grofs.

2. a) **Elephantiasis syphilitica,** von Pudor-Portland. Der Verfasser berichtet den seltenen Fall einer rein syphilitischen Elephantiasis bei einer 58jährigen Frau. Syphilis wird zwar seitens der Kranken nicht zugegeben, jedoch sichern zahlreiche typische Narben und eine Reihe ebenso charakteristischer Geschwüre, die seit Monaten jeder Behandlung trotzen, die Diagnose Lues. Die Mafse des elephantiastischen Beines waren am Knöchel 26 Zoll (gegen $8^1/_2$ am gesunden Bein), an der Wade $34^3/_4$ (gegen 10), am Knie 15 (gegen $12^1/_2$) und am Oberschenkel 48 (gegen 16). Kräftige Inunktionen mit grauer Salbe und lokale Einhüllungen in damit bestrichene Tücher erzielten rapide Besserung. Die Mafse waren nach sechswöchiger Behandlung folgendermafsen heruntergegangen: von 26 auf 11, von $34^3/_4$ auf 16, von 43 auf $20^1/_2$. Der fast normale Knieumfang war gleichgeblieben. Gleichzeitig schwanden die starken Schmerzen, die früher nur durch Morphium zu beseitigen gewesen waren, völlig. Die Beweglichkeit in den total steifen Gelenken des erkrankten Beines kehrte in vollem Umfange zurück. Der Morphinismus wurde geheilt. Mikroskopische Bilder weisen nach, dafs die gesamte elephantiastische Gewebsmasse fast ausschliefslich bindegewebiger Natur war.

b) **Fünf Fälle von Gürtelrose,** von Pudor-Portland. Es handelte sich um fünf Kinder einer Schule, die gemeinsam schlafen und essen. Die Vermutung des kontagiösen Charakters des Herpes zoster läfst sich nicht von der Hand weisen. Der Verlauf war in allen Fällen milde. Die Medikation bestand aus innerlicher Darreichung von salicylsaurem Natron neben Purgantien, während extern Zinkoxydsalbe in Anwendung kam.

3. **Extragenitaler Schanker,** von Bosher-Richmond. Indem der Autor auf die Häufigkeit der extragenitalen Syphilisinfektion hinweist, führt er aus seiner Praxis sieben einschlägige Fälle an, von denen er bei zweien, einem Schanker am Kinn und einer Sklerose an der linken Seite des Halses, die Krankengeschichten beifügt. Letztere enthalten nichts Bemerkenswertes. Der Schanker am Halse war durch den Bifs des syphilitischen Liebhabers entstanden. Von den übrigen fünf Extragenitalschankern betraf ein Fall einen Arzt, der sich die Infektion am Finger bei der Exploration einer syphilitischen Patientin zuzog; ferner beobachtete Verfasser je eine Sklerose der Tonsille und des Hypogastriums, sowie zwei Schanker der Unterlippe, wovon der eine nachweislich durch eine Cigarette übertragen worden war.

4. **Komplikationen des Trippers — Epididymitis,** von Simms-Philadelphia. Es seien einige Details aus der im grofsen und ganzen nicht viel Neues bringenden Abhandlung herausgehoben. Das Auftreten der Epididymitis erfolgt fast stets zwischen der dritten und fünften Woche, also in der Zeit, wo der Patient durch das Nachlassen der Erscheinungen von seiten der Harnröhre die Behandlung leichter zu nehmen geneigt ist. Ist der Samenstrang mit ergriffen, so gleichen die Krankheitssymptome denen bei eingeklemmten Brüchen. Sobald der Hoden selbst mit ergriffen wird, steigern sich die Schmerzen erheblich, was die Folge seröser Exsudation in die Tunica vaginalis ist. Suppurativer Ausgang einer Nebenhodenentzündung ist ein

seltenes Vorkommnis, und wenn es eintritt, die Folge traumatischer oder stark reizender Faktoren. Sehr häufig bleibt nach der Entzündung eine starke Sensibilität des betreffenden Hodens beziehentlich Nebenhodens zurück, die sich nach Geschlechtsverkehr so steigern kann, dafs Verfasser event. Kastration des Organs der betreffenden Seite vorschlagen würde. Peritonitis tritt bei der Epididymitis selten auf. In Fällen, wo der Descensus testiculorum noch nicht ganz vollendet oder der Testikel noch im Leistenkanal zurückgehalten ist, kann ebenfalls Entzündung des Nebenhodens vorkommen; peritonitische Symptome sind dann besonders zu gewärtigen. Auch ist in solchen Fällen eine Verwechselung mit incarcerierten Hernien beziehentlich Perinealabscessen — wenn der Hode perineal verlagert ist — leicht möglich. Vor der Incision überzeuge man sich daher, dafs zwei Hoden im Scrotum vorhanden sind. Was die Therapie betrifft, so empfiehlt Verfasser warme Umschläge von Bleiwasser mit Zusatz von Opiumtinktur. Nur bei mitergriffenem Hoden sind kalte Kataplasmen zuweilen vorzuziehen. Neben absoluter Bettruhe in den ersten Tagen intern eine Mixtur von Bromkali, Kali aceticum, Kampfer und Morphium als Sedativum. An deren Stelle tritt nach fünf oder sechs Tagen Jodkalium in kleinen Dosen und lokal eine Belladonna-Jodsalbe. Das zu tragende Suspensorium mufs zu dieser Zeit einen gewissen Druck auf den Hoden ausüben. Verfasser ist der Meinung, dafs der Hode, der eine derartige Entzündung erlitten hat, mit grofser Wahrscheinlichkeit steril wird. Nach Ansicht des Referenten ist das aber, wie die Statistik ergiebt, nicht in dem Mafse der Fall, wie Simms glaubt. Es kommt vielmehr nur darauf an, ob die Entzündung den Kopf oder den Schwanz des Nebenhodens hauptsächlich ergriffen hat.

5. **Enuresis**, von Windell-Louisville. Das Bettnässen der Kinder ist gewöhnlich eine funktionelle Störung, die bis zum Erwachsenwerden andauern kann. Prophylaktisch ist eine richtige Erziehung von gröfster Bedeutung. Ist das Übel einmal festgewurzelt, so steht die Therapie demselben ziemlich machtlos gegenüber. Von den pathologischen Ursachen der Enuresis stehen Entzündungen der hinteren Harnröhre obenan, die zum gröfsten Teil auf Tripper beruhen. Als fernere ätiologische Momente kommen für die Krankheit in Betracht: Verwachsung der Vorhaut, wobei entweder das angestaute Sekret der Tysonschen Drüsen oder der Druck des Präputiums auf die Glans reizend wirken, abnorme Enge der äufseren Harnröhrenmündung, Strikturen und Hyperacidität des Harnes mit Überschufs von saurem Natriumphosphat, das aus dem basischen Natriumphosphat des Blutes stammt. Man mufs daher stets bei der Therapie der Enuresis auf alkalisierende Mittel zurückgreifen, wie kohlensaure Alkalien, Kaliumcitrat, Kaliumacetat, Lithiumcitrat und Kalilauge. Daneben ist der Genufs saurer Speisen, von Saccharin, reine Fleischkost und starke Muskelanstrengung zu verbieten. — Zum Schlufs führt Windell zwei Krankengeschichten von Enuresis an. Fall 1: 19jähriger sonst gesunder und gut erzogener junger Mann. Rein funktionelle Enuresis besteht, so lange der Patient lebt. Keinerlei Krankheitssymptome, abgesehen von temporärer Hyperacidität des Urins. Der Kranke machte jede Therapie durch. Bei Beginn einer Kühlsondenbehandlung zog er sich einen Tripper zu, während dessen das alte Leiden verstärkt auftrat, das sowohl den akuten Harnröhrenkatarrh als die Instillationen von Lapis und Protargol nötig machende Urethritis posterior überdauerte. Fall 2: 15jähriger Knabe. Enuresis seit dem fünften Lebensjahre nach einer Masern- oder Scharlacherkrankung. Tag wie Nacht unwillkürliche Miktionen halbstündlich. Kontrahierte Blase, die unter keinen Umständen mehr als 60 g fafst. Die Blasenharnröhrenwülste geschwollen. Keine Besserung durch die Therapie.

6. **Die endoskopische Behandlung der chronischen Urethritis**, von Champion-Atlanta. Bei jeder chronischen Urethritis, die Verfasser von der achten oder neunten

Woche der Affektion an datiert, ist die Pars posterior angeblich mehr oder weniger ergriffen — eine Behauptung, die nach den Beobachtungen hervorragender Autoren wie der täglichen Erfahrung des Urologen ganz unhaltbar ist. Das Endoskop sollte nie bei stark entzündeter Harnröhre angewandt werden, d. h. so lange der Urin allgemein getrübt erscheint. Es ist aber überflüssig, wie empfohlen worden ist, vor der Einführung des Urethroskops eine Sonde anzuwenden, um die kranke Harnröhre an die Applikation von Instrumenten zu gewöhnen. Nur bei zu enger Urethra bedient man sich der Sonden zur vorherigen Erweiterung für den Harnröhrenspiegel. Eventuell muſs man Verengerungen operativ erweitern, um eine Überblick über den gesamten Kanal zu gewinnen. Verfasser bedient sich der Otisendoskope mit Klotzschen Tuben. In der Mehrzahl der Fälle sitzt der krankhafte Prozeſs bei den chronischen Harnröhrenentzündungen in der Pars spongiosa. Vor jeder Harnröhrenexploration muſs die Blase entleert werden. Man darf nicht den stärksten Tubus benutzen, den die Harnröhre zuläſst, weil sonst durch Druck anämische Bilder erzeugt werden. 26 bis 30 Charrière sind die gebräuchlichsten Nummern. Kokain soll man weglassen, da es das Aussehen der Mucosa alteriert. Vaselin darf als Lubricans nicht angewandt werden, da es sich mit manchen der anzuwendenden Drogen nicht verträgt. Um das Endoskop schlüpfrig zu machen, bedient sich Verfasser des üblichen Glycerins. Bei stark granulärem Zustand der Schleimhaut giebt es beim ersten Mal Endoskopieren leicht Blutungen, die die Bilder natürlich ganz trüben. Von Medikamenten bevorzugt Champion das Argentum nitricum, steigend von 1,2—3,6 : 30. Öfter als alle 6—7 Tage wende man diese Lapislösungen nicht an. Am Tage nach dem Eingriff spüle man die Harnröhre mit Kaliumpermanganat 1 : 6000 aus. Durch die endoskopische Behandlung hat Verfasser nach seiner Angabe viele Fälle chronischer Urethritis von bis zu 15jähriger Dauer zur Heilung gebracht, in denen Injektion, Irrigationen und Dehnungen ohne Erfolg geblieben waren.

7. **Hauttuberkulose**, von Martin-St. Louis. Bemerkenswert an der Abhandlung ist die Thatsache, daſs der Herausgeber des *American Journal of Dermatology* die Hauttuberkulose und den Lupus für identische Krankheitsbegriffe hält. So kennt er auch keinerlei Unterschiede in der klinischen Entwickelung der beiden nach neueren Forschungen doch als sicher distinkt erwiesenen Prozesse. Aus dem therapeutischen Teil der Abhandlung möge hervorgehoben sein, daſs Leberthran und Kreosot wegen ihres ungünstigen Einflusses auf den Digestionsapparat bei längerem Gebrauch nicht zur Unterstützung der konstitutionellen Behandlung, auf die es hauptsächlich ankommt, herangezogen werden sollten. Verfasser empfiehlt aufs wärmste an ihrer Stelle das Bovinin. Bei der Therapie des Lupus vulgaris, besonders sofern er im Gesicht lokalisiert ist, wendet sich Verfasser gegen die umfassenden chirurgischen Eingriffe. Nur bei der katarrhalischen und ulcerösen Form der Hauttuberkulose ist die Curette anzuwenden mit nachfolgender antiseptischer Behandlung. Sonst ist Pflasterbehandlung am Platze. Die stärkstwirkenden müssen hierbei den Anfang machen. Pyrogallol wird von Martin lebhaft empfohlen, für Lupus der Schleimhäute Milchsäure.

8. **Verhältnis des Karfunkels zum Furunkel**, von Baerens. Der Karfunkel wird von der Mehrzahl der Autoren als ein aus mehreren kleinen Herden zusammengeschmolzener, vermöge seines Sitzes, seines Umfanges, des Alters des Patienten und der heftigen Allgemeinerscheinungen bedrohlicher Furunkel angesehen (? Ref.). Während der Schwär in jugendlichem Alter mit Vorliebe auftritt, wiegen beim Karfunkel die späteren Lebensjahre vor. Verfasser tritt für die Ansicht ein, daſs Furunkel und Karfunkel verschiedenartige Prozesse sind. Für ersteren giebt es keine Prädilektionsstelle, letzterer sucht sich vorzugsweise Nacken und Rücken aus. Beim Furunkel tritt

schnell Suppuration auf, die Incision beendet den Prozefs, der oberflächlich sitzt. Beim Karfunkel tritt die Eiterbildung hinter der ausgedehnten, bedrohlichen Infiltration und Entzündung und der enormen Schmerzhaftigkeit zurück. Die Reparition des Gewebes folgt selbst der weitestgehenden Incision keineswegs immer auf dem Fufse. Meist sind die Karfunkel im Gefolge von Gicht, Diabetes und schweren Ernährungsstörungen zu beobachten. Auch spricht die Seltenheit des Karfunkels im Vergleich zu dem häufigen Vorkommen von Furunkeln und Furunkulosis gegen die Unität beider Affektionen. Die Behandlung des Karfunkels, dessen Verschiedenheit vom Furunkel noch durch bakteriologische Untersuchungen zu erhärten ist, erörtert der Verfasser zum Schlufs nach bekannten chirurgischen Gesichtspunkten.

9. **Nierensteine — Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie,** von Woodruff-Charleston. Im Verlaufe der Abhandlung weist Verfasser darauf hin, wie häufig rechtsseitige Nierensteine, beim Passieren des Ureters kolikartige Anfälle erzeugend, für Appendicitis gehalten worden sind, und wie oft Chirurgen in fehlerhafter Weise in solchen Fällen zur Laparatomie geschritten sind. Steine bilden sich häufiger bei Männern als bei Frauen und zwar meist bei Kindern und älteren Leuten, häufig bei Gicht und Nierenbeckenentzündung. Blutklumpen, Gewebsfetzen oder Parasiteneier mögen als Kern dienen. Harnsäure, Urate, allein oder zusammen, Calciumoxalat, Calciumphosphat, Tripelphosphat, Calciumcarbonat, Cystin, Xanthin und Indigo können präcipitiert werden. Phosphatsteine haben gewöhnlich einen Harnsäurekern. Die Oxalat- und Phosphatsteine sind häufig, die anderen selten zu finden. Nur letztere befinden sich in alkalischem Harn. Die Harnsäuresteine sind gelb oder braun und geschichtet. Der Oxalat- oder Maulbeerstein ist dunkler und fester, der Phosphatstein grau und brüchig, zuweilen porös. Indigosteine sind dunkeltiefblau, Xanthinsteine braun und hart. Verfasser erörtert des weiteren die klinischen Symptome, die Dauer und den Verlauf der Kolikanfälle und kommt sodann zur Diagnose. Nierenkolik kann mit Darmkolik, beziehentlich mit Leberkolik und Perityphlitis verwechselt werden, doch reichen meistens die bestehenden differentialdiagnostischen Momente aus (Hämaturie, Schmerz längs des Ureters, Mangel des Ikterus, event. Erweiterung der Gallenblase, Fehlen der abdominalen Druckempfindlichkeit u. a.). Ranschoff berichtet 44 Fälle, wo bei einer Incision wegen angeblichen Nierensteins Wanderniere und Nephralgie die Ursache der Beschwerden war. Die Therapie des Verfassers ist kurz folgende: Beim Anfall heifses Sitzbad und Morphium subcutan. Sofern nach einer halben Stunde keine Besserung eingetreten ist, Chloroform oder Ätherinhalationen, event. heifse Breiumschläge auf den Sitzpunkt des Übels. Alkalische Wässer oder kohlensäurehaltige mit Kalitartrat oder Limonaden sind in grofsen Quantitäten zu geniefsen. Absolute Ruhe thut meist gut, doch ist auch schon mancher Stein ins Nierenbecken zurückgefallen, wenn man den Körper mit dem Kopf nach unten gebracht hat. Bei chronischem Nierengries oder Steinablagerungen richtet sich die Medikation ganz nach der Natur der Konkremente. Bei Harnsäuresteinen Pflanzenkost, bei Oxalsteinen meide man stärkehaltige und süfse Speisen. Mindestens drei Liter Wasser sollten pro Tag genossen werden. Neben Vichy, Saratoga und künstlichen steinlösenden Mineralwässern versuche man immerhin Kalicitrat und Piperazin. Man vermeide eine Alkalescenz höheren Grades des Urins durch Zufuhr von zu grofsen Mengen Alkalien zu schaffen. Nephrektomie sollte nur bei hoffnungslos verfallenen Nieren und solchen mit sekundären weitgehenden Veränderungen vorgenommen werden. Bei 128 Fällen von Nierenbeckensteinen ergab die Nephrolithotomie nach Thorndike, Newman und Legue 14 % Mortalität bei bestehender, 2,4 % bei fehlender Suppuration.

10. **Historisches über die Entdeckung von Eiweifs und Zucker im Urin,**

von Th. William Schaefer-Kansas City. Nicht Contugno war es, der 1770 zuerst den Urin zum Nachweis von Eiweifs kochte, wie meist geglaubt wird, sondern wie aus R. Neumeisters *Lehrbuch der physiologischen Chemie*, 1897, pag. 807 hervorgeht, der Leydener Professor Friedrich Decker (1648—1730). Der Diabetes findet eine erste Erwähnung bei Aretaeus Cappadox etwa 50 Jahre nach Christus. Er wie Celsus legten das Hauptgewicht auf die Polyurie. Das wahre Wesen der Krankheit entdeckte Thomas Willis zu Oxford, der 1874 den Urin auf seinen Zuckergehalt kostete. Pole prüfte 1775 in gleicher Weise und Mathias Dobson erhielt zuerst krystallinischen Zucker aus verdampftem Diabetesharn. Rollo setzte 1797 seine Diabetiker auf eine exklusiv animale Kost. — Erwähnenswert scheint mir abgesehen vom Thema, um das es sich hier handelt, ein Satz des Verfassers, der ein Licht auf die Wertschätzung wirft, deren sich die deutsche Wissenschaft im Ausland erfreut. Die Worte lauten: „In jenen Tagen beeilte man sich bedeutende Werke englischer Ärzte in Übersetzungen durch ganz Deutschland zu verbreiten. Heute übersetzen wir umgekehrt die besten deutschen Bücher ins Englische."

11. **Wie ich die Syphilis behandle**, von George J. Monroe-Louisville. Verfasser behandelt jedes primäre Geschwür, ob Schanker oder Schankroid lokal mit Lapis in Stiftform oder Salpetersäure. Darüber wird Kalomel gepudert, abwechselnd mit Jodoform. Zugleich giebt Monroe Laxantien. Handelt es sich um Syphilis oder nicht, so folgt nun stets eine Sublimatmedizin (0,06 : 120,0), 3—4mal täglich 1 Theelöffel voll, mehrere Monate lang. Damit glaubt Verfasser sekundäre Erscheinungen verhindern zu können. (Selbsttäuschung! d. Ref.) Später läfst Verfasser ein Traitement mixte eintreten, doch sagt er nichts, ob hierbei das Merkur ebenfalls innerlich gereicht wird, was wir nicht hoffen wollen. Monroe will mit der durchgehenden Anwendung der konstitutionellen Therapie vom ersten Beginn des Ulcus an dem vorbeugen, dafs einmal ein solches als weicher Schanker behandelt wird, sich später aber als Initialaffekt der Syphilis herausstellt. Es ist nicht einzusehen, dafs dann der Beginn der Allgemeinbehandlung nicht noch zeitig genug käme. Andererseits verschleiert sich Verfasser gänzlich das Bild, wenn er jede Ulceration mit Merkur allgemein bekämpft. Damit schiebt man die sekundären Erscheinungen nur auf unbestimmte Zeit hinaus und hält schliefslich gar für ein syphilitisches Geschwür, was doch nur ein Ulcus molle war. Das kann aber dem Patienten nicht gleichgültig sein. Bei sicherer Sklerose behandelt Verfasser das erste Jahre lang dauernd antisyphilitisch, das zweite findet jeden Monat abwechselnd Behandlung und Pausierung statt. Neben der internen Anwendung des Merkurs läfst Verfasser die Inunktionen noch gelten, spricht sich aber gegen die Injektionstherapie entschieden aus. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lepra.

Eine niederdeutsche Aufzeichnung über die Kennzeichen der Lepra (c. 1400). Veröffentlicht von W. Reinecke, Stadtarchivar in Lüneburg. (*Virch. Arch.* Bd. 156. Heft 1.) „Im lange verwahrlosten städtischen Archiv zu Lüneburg, das seit einigen Jahren einer umfassenden Neuordnung unterzogen wird," entdeckte Reinecke ein Stadtbuch, dessen Aufzeichnungen über die Zeit von 1380—1414 sich erstrecken.

Dieses Buch bringt u. a. auch eine Erörterung der Lepra und zwar auf Grund medizinischer Fachwerke. Die vier Arten der Krankheit: „Elephantia, Leonina, Tyria, Alfopicia" werden nach ihren Merkmalen einzeln aufgeführt, sodann werden die gemeinsamen Symptome besprochen. Im letzteren Abschnitt wird die damals geübte drastische diagnostische Methode bekannt gegeben. Wir müssen Rennoke dafür dankbar sein, dafs er das interessante Schriftstück zum Abdruck gebracht hat.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Ein wertvolles Dokument. (*Gaceta med. de Costa Rica.* Juni—Septbr. 1898.) Das im Nationalarchiv von Costa Rica aufbewahrte und bisher noch nicht veröffentlichte Dokument enthält eine Anzahl von offiziellen Berichten und Äufserungen über die **Lepra** in Costa Rica im Anfang dieses Jahrhunderts, und über die Zahl der Leprösen, welche nach den Erhebungen 38 betrug. In den Berichten der verschiedenen Ärzte werden alle auch heute noch erwogenen Möglichkeiten der Ätiologie des Leidens erörtert. Besonders in Beziehung auf die Kontagiosität stehen sich die Meinungen schroff gegenüber. Der umfangreiche historische Teil ist recht unzulänglich und wird im wesentlichen nach Raymond abgehandelt. Von gröfserem Interesse sind die Mitteilungen über die damals in Costa Rica herrschende Form der Lepra. Die „Nervenlepra" scheint entschieden gegenüber der „Knotenlepra" zu prävalieren, da als Hauptsymptom die bekannten Rhagaden der Hände und Füfse, die Anästhesie und die Mutilationen der Finger und Zehen, aber auch der Nase („comiendoseles la nariz") geschildert werden. *I. Bloch-Berlin.*

Historische Betrachtung über die Lepra, Eröffnungsvorlesung von Gemy (Algier 1898). Nach einer historischen Übersicht über die Affektion im allgemeinen kommt Verfasser auf das Vorkommen derselben in Algerien zu reden und konstatiert, dafs sie nicht sehr selten unter den Eingeborenen, Juden, Spaniern sowie auch bei einigen Franzosen beobachtet werde. *C. Müller-Genf.*

Die Lepra auf den Hawaii-Inseln, von Carmichael. (*Med. News.* 21. Jan. 1899.) Der Verfasser berichtet kurz über die Geschichte der Lepra auf den Hawaii-Inseln und beschreibt dann die Lage der Leprastationen, die sich alle auf der Insel Molokai befinden, sowie die Ernährung und sonstigen Verhältnisse der Leprösen. Die rasche Verbreitung der Lepra auf den Inseln wurde ermöglicht durch den Mangel an Vorsichtsmafsregeln und die schlechten hygienischen Verhältnisse in den ersten Jahren nach der Einschleppung, vielleicht auch durch die Impfung, die bis zum Jahre 1887 von Arm zu Arm vorgenommen wurde. Wenigstens hat Arning in der Lymphe und in den Lymphkrusten eines mit Knotenlepra behafteten Impflings Leprabacillen nachgewiesen; bei zwei mit Lepra anaesthetica behafteten Impflingen fand er keine Bacillen. — Arning transplantierte auch einmal einen Knoten aus der Haut eines Leprösen auf den Vorderarm eines zu lebenslänglicher Einkerkerung verurteilten Verbrechers: derselbe erkrankte in der That nach einigen Jahren an Lepra. Nachträglich aber wurde festgestellt, dafs in der Familie des Betreffenden schon mehrere Leprafälle vorgekommen waren; deshalb ist auch dieses Experiment kein strikter Beweis für die Überimpfbarkeit des Aussatzes. — Die Übertragung der Lepra geschieht nach Ansicht des Verfassers zumeist durch direkte Infektion bei langem, intimem Zusammenleben. Wahrscheinlich spielen auch verschiedene Insektenarten, die gewöhnlichen Hausfliegen, die Mosquitos und die Wanzen, bei der Verbreitung des Aussatzes eine Rolle. Alvarez hat an Mosquitos, die auf offenen Geschirren Lepröser gesessen waren, Leprabacillen in grofser Anzahl gefunden. — Die Bacillen scheinen sehr widerstandsfähig zu sein; vermutlich leben sie als Sporen im Erdboden, an den

Kleidern etc. — Nicht alle Menschen sind empfänglich für Lepra; insbesondere scheinen die meisten Weifsen eine gewisse Immunität gegen dieselbe zu besitzen. Moritz berichtet von einer Waschfrau, die 17 Jahre lang in einem Leprahospital die Kleider der Leprösen gewaschen hat, deren zwei Männer leprös waren, und die trotz alledem frisch und gesund geblieben ist. — Die Theorie von der Vererblichkeit der Lepra läfst der Verfasser nicht gelten. Die Kinder lepröser Eltern kommen gesund zur Welt, werden aber, wenn sie bei den Leprösen bleiben, angesteckt. — In der Behandlung der Lepra werden auf den Hawaii-Inseln die verschiedensten Mittel angewendet, leider ohne oder nur mit vorübergehendem Erfolg. Alvarez hat bei zwölf leprösen Burschen Einspritzungen einer Bouillonkultur von Bacillus prodigiosus gemacht: zwei von diesen zwölf waren nach dreimonatlicher Behandlung frei von Lepra, einer war gebessert, die übrigen unverändert. — Um die Einschleppung der Seuche nach den Vereinigten Staaten zu verhindern, mufs die Auswanderung aus den infizierten Gegenden aufs sorgfältigste überwacht werden: bei jedem Einzelnen mufs festgestellt werden, ob in seiner Familie Lepra vorgekommen ist, er mufs genau untersucht, seine Effekten desinfiziert werden. *Götz-München.*

Das Lepraasyl zu Jerusalem, von Pickardt. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 12.) Verfasser beschreibt das von Herrenhutern geleitete und unterhaltene Lepraasyl bei Jerusalem, welches er gelegentlich einer Orientreise besucht hat; dasselbe bietet für ca. 40 Pfleglinge Raum, deren Eintritt absolut fakultativ ist, da im türkischen Reiche keine Zwangsmafsregeln gegen Aussätzige statthaben, ebensowenig wird aber von der Regierung für diese Elenden gesorgt; daher können die Kranken die Anstalt nach vorheriger Anfrage wieder verlassen. Zu bemerken ist, dafs der leitende Arzt Anhänger der Heredität slehre ist; vier Kinder befinden sich in der Anstalt, die vorläufig noch gesund sind. *F. Hahn-Bremen.*

Leprosorien in den Vereinigten Staaten, von Bracken-St. Paul. (*St. Paul med. Journ.* April 1899.) Verfasser verlangt die Errichtung von Leprosorien in den Vereinigten Staaten. In Louisiana bestand ein im Jahre 1785 gegründetes, das aber später zu anderen Zwecken verwendet wurde. Man sollte solche Leprosorien nicht wie Gefängnisse oder Hospitäler, sondern in mehr einladender, freundlicher Weise wie Heime, Asyle einrichten. Natürlich müfsten sich dieselben gleichartig über die gesamten Vereinigten Staaten erstrecken, mit dem Unterschied, dafs in Gegenden, wo kein Lepröser im Lande geboren ist (Minnesota), auch kein Isolierzwang bestehen müfste, wohl aber in Staaten mit zahlreichen eingeborenen Leprösen (Louisiana; meist Neger). Für erstere kämen vielleicht Leprösen-Kolonien in Frage.

Hopf-Dresden.

Überblick über die Ursachen des Abnehmens der Lepra in Norwegen, von Armauer Hansen-Bergen. (*St. Paul med. Journ.* April 1899.) Seitdem in der 30er oder 40er Jahren die wissenschaftliche Welt auf die Ausbreitung der Lepra in Norwegen aufmerksam geworden ist, hat der norwegische Staat vier Leprakrankenhäuser gegründet, so das Lungegaards-Hospital zu Bergen, für Dr. Danielssen speziell errichtet, aus dem der Verfasser als Schüler des grofsen Lepraforschers hervorging; ferner 1857 ein Lepraheim ebenfalls in Bergen, und 1861 je eins in Molde und Trondheim. Zwischen 1857 und 1895 wurden 3400 Lepröse dahin aufgenommen, in derselben Periode zeigten sich 5053 neue Leprafälle. Ende 1856 waren 2870 Lepröse insgesamt bekannt. Ende 1895 war diese Zahl auf 688 zusammengeschmolzen, das sind 24% der 1856 beobachteten Leprafälle. Weder veränderte soziale Verhältnisse der norwegischen Bevölkerung, die allerdings in neuerer Zeit etwas mehr auf Rein-

lichkeit zu achten beginnt, noch Störung hereditärer Beeinflussung infolge Isolation der Kranken sind der Grund für die Abnahme der Lepra, sondern dieser ist einzig in der Verhinderung der Ansteckungsmöglichkeit zu suchen, d. h. in der Isolation selbst. In einem Zeitraum, wo 3400 Lepröse in Norwegen isoliert waren, sind 287, nach Nordamerika davon etwa 170, ausgewandert, wovon nur etwa 20 zur Zeit der Ausreise als leprös erkannt waren. Ashmeads Forderungen, der norwegische Staat solle solche Auswanderung verhindern, scheitern eben daran, dafs die Lepra so schleichend sich entwickelt und ein scheinbar gesundes Individuum doch schon den Keim der Krankheit in sich tragen kann. In solchem Falle vermag auch der die Einwanderer drüben untersuchende Arzt die Krankheit nicht zu diagnostizieren. Die in Amerika den eingewanderten Norwegern angeübte Reinlichkeit ist übrigens der beste Ersatz für eine Isolation. Für den Nordwesten Nordamerikas hält der Verfasser überhaupt eine Isolierung der Leprösen aus diesem Grunde für überflüssig. Dagegen schlägt Hansen vor, alle aus den Sandwichsinseln Kommenden 8—10 Jahre unter ärztlicher Aufsicht zu halten. Erweist sich ein Individuum dann als leprös, so soll es, sofern nicht Garantien für eine relativ isolatorische Lebensweise von ihm geboten werden, in ein Krankenhaus, aber ruhig mit andren Patienten zusammen, untergebracht werden. Zu St. Louis in Paris ist bei einer derartigen Unterbringung Lepröser noch nie eine Infektion vorgekommen. Es mufs nur die nötige Reinlichkeit herrschen. Was aber unbedingt zu verbieten ist, das ist die Benutzung desselben Bettes durch Lepröse und Gesunde, desselben Eifsgeräts und derselben Kleidung.

Hopf-Dresden.

Die Lepra auf den Marschall-Inseln, von Bartels. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 1.) Verfasser konnte bis jetzt sieben Leprakranke auf den Marschall-Inseln nachweisen, von denen fünf in Jaluit isoliert wurden, der sechste zur Isolation, der siebente zur Untersuchung eingeliefert worden ist. Drei Lepröse befanden sich auf der gröfsten der fünf bewohnten Inseln des Lai-Atolls und wohnten in verschiedenen Hütten, jeder mit seinen Angehörigen zusammen, die Lagerstätte, Kleidungsstücke, Geräte ohne Bedenken gemeinschaftlich mit den Kranken benutzten. Trotzdem fand Verfasser bei keinem der Hausgenossen Spuren von Lepra. Als Ort, der eine wirkliche Isolierung der Leprösen garantieren würde, empfiehlt Verfasser eine von der Ortschaft Jaluit durch die Südostpassage geschiedene Insel namens Kabbenbock. Zum Schlufs werden die ausführlichen Krankengeschichten der gegenwärtig in Behandlung befindlichen fünf Kranken mitgeteilt, die nichts Bemerkenswertes darbieten, aufser dafs drei Patienten früher an Syphilis gelitten haben. *I. Bloch-Berlin.*

Lepra in Minnesota, von Braeken-Minneapolis. (*Philad. med. Journ.* 17. Dez. 1898.) Eine Zusammenstellung seitens des staatlichen Gesundheitsamtes ergab, dafs sich im Staate Minnesota seit 1886, wo man zuerst auf die Lepra aufmerksam wurde, 51 Lepröse im ganzen befunden haben bezw. zum Teil noch befinden. 17 davon sind vor 1890 gestorben, vermutlich waren sie alle Norweger. Von den übrigen 34 waren 29 von Norwegen und 5 aus Schweden, und zwar aus den 1897 und 1898 registrierten Fällen. Nach Allbutt (*System of Med.* III, pag. 46) hat sich die auf 160 geschätzte Zahl nach Minnesota, Wisconsin und Dakota eingewanderter lepröser Norweger auf jetzt etwa ein Dutzend vermindert. Die übrigen sind gestorben. Von den 51 Leprösen Minnesotas haben, wie Verfasser annimmt, vielleicht 25 ihr Leiden schon vor der Auswanderung nach Amerika im Anfangsstadium gehabt, aber verschwiegen. Die höchste Zahl von in Minnesota gleichzeitig lebenden Leprakranken brachte das Jahr 1893 mit 21. Gegenwärtig sind es 13, soweit sich das feststellen liefs. Unter den 51 Kranken befanden sich 9 Frauen. Von den 34 Kranken des letzten Berichts waren

15 Männer und 6 Frauen verheiratet, 20 davon hatten Nachkommenschaft von im ganzen 78 Köpfen (1—8 Kinder pro Ehe). Keines der Kinder noch einer der leprafreien Ehegatten wurde leprös. 20 mal trat die Lepra unter den 51 Kranken in der anästhetischen, 23 mal in der tuberkulösen Form auf. Für 8 Fälle fehlt die nähere Bezeichnung des Krankheitstypus. — Es folgen nun in der Abhandlung Baekkens die Krankengeschichten von 6 der in Minnesota nach dem letzten Rapport lebenden 13 Leprakranken. Dieselben bieten nichts Besonderes. Verfasser spricht die Überzeugung aus, dafs nicht alle der 160 Leprösen der Vereinigten Staaten aus der Skandinavischen Halbinsel stammen. *Hopf-Dresden.*

Lepra in Neu-Süd-Wales, von Ashburton Thompson-Sidney. (*Bericht d. Gesundheitsamtes 1896.*) Das Lepraspital von Neu-Süd-Wales beherbergte am Ende 1895 37 Lepröse. 1896 kamen 9 auf Aussatz Verdächtige hinzu; 3 waren wirklich leprös, die übrigen litten, wie sich später herausstellte, an anderen Krankheiten. 19 chinesische Patienten wurden im Laufe des Jahres nach China zurücktransportiert. Somit blieben im Hospital 16 Kranke — 11 Weifse, darunter 3 Frauen. Von letzteren waren 7 aus Neu-Süd-Wales gebürtig, 2 Engländer, 1 Deutscher, 2 Chinesen, 1 Javaner, 1 Inder, je 1 stammte aus Tanna (Hebriden) und von den Fidjiinseln. Seit der Eröffnung des Leprahauses im Jahre 1883 wurden 61 Kranke daselbst beherbergt (15 aus Neu-Süd-Wales, 32 aus China, je 1 aus Queensland, Neu-Seeland, von den Fidjiinseln, aus Deutschland, Westindien, Java, Hebriden, Neu-Caledonien, je 2 aus Indien, England, Irland. Im ganzen befanden sich darunter nur 6 Frauen.) — Wertvoll ist der Bericht durch vier sehr lehrreiche Radiographien, welche deutlich die schrecklichen Zerstörungen zeigen, welchen die Fingerknochen bei der Lepra ausgesetzt sind. Bei einem 13jährigen Schulknaben sind von der linken Hand nur die Metacarpalknochen vollständig erhalten. Am Mittelfinger sind alle Phalangen zerstört, an den übrigen Fingern sind nur noch Fragmente der ersten Phalanx zu sehen.

Hopf-Dresden.

Dänische St. Jörgenshöfe im Mittelalter, von Ehlers. (*Bibliothek for Læger.* Mai-Juni 1898). Behandelt nach den vorliegenden gedruckten Quellen die Verhältnisse der Aussatzasyle im ganzen und der 19 dänischen St. Jörgenshöfe, über welche Verfasser Erläuterungen gefunden hat, im einzelnen. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Der Aussatz in Dänisch-Westindien, Vorstudien von Ehlers. (*Ugeskrift for Læger.* No. 33—34.) Auf Basis der Physikatsberichte aus Dänisch-Westindien beschreibt Verfasser die dortigen unglücklichen Verhältnisse in Bezug auf die Aussätzigen, wovon im Jahre 1897 21 auf St. Thomas aufser 2 verdächtigen Patienten, und 84 auf St. Croix bekannt waren. Besonders wird die Notwendigkeit eines Gesetzes betreffend Isolation dieser Patienten und eines Hospitals, das die Durchführung einer solchen erlaubt, hervorgehoben. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Die Latenzzeit bei der Lepra, von Phineas Abraham-London. (Januarsitzung 1896 der Lond. kgl. med. u. chir. Gesellsch.) An der Hand dreier Fälle stellt der Verfasser den Unterschied zwischen einer primären und sekundären Latenzzeit bei der Lepra, oder sagen wir einer Inkubation und einer Latenz im gewöhnlichen Sinne auf. — Der erste Fall betrifft einen 46jährigen Mann, der in seiner Jugend als Matrose das baltische und Mittelmeer befahren, seit mehr als 20 Jahren aber dies Gewerbe aufgegeben hat und seitdem in England, ohne je Verkehr mit Leprösen oder Seeleuten gehabt zu haben, lebt. Vor sechs Jahren trat bei diesem Manne Lepra auf. — Der zweite Patient war ein 21jähriger Engländer, der als Kind in

Indien geweilt hatte und mit dem zehnten Jahre nach England zurückgebracht worden war, wo er frei von aller Ansteckungsmöglichkeit lebte. Elf Jahre nach der Rückkehr von Indien trat Lepra bei ihm auf. — Im dritten Falle handelt es sich um eine Dame, die in Ceylon geboren, als kleines Kind nach England kam und hier nach siebenjährigem Aufenthalt in absoluter Abgeschlossenheit vor möglicher Infektion von Lepra befallen wurde. — Abraham nimmt an, dafs in allen diesen Fällen der Keim der Krankheit jahrelang schlummernd in dem Körper verweilt habe — sekundäre Latenz. Auch bei einer Lepra, die gebessert, ja „geheilt" ist, könne eine solche Latenzperiode auftreten und eine Zeit lang währen, wobei die Bacillen zwar nicht zerstört seien, aber sich in einem Zustande der Nichtvirulenz befänden. Abraham stützt sich hierbei auf die Theorie von Manson: Der Leprabacillus kommt nur unter bestimmten Bedingungen fort, die nicht immer bei einem Menschen, noch weniger bei jedem Menschen gegeben sind. Entweder wird, wenn der Bacillus in ein für ihn günstiges Individuum gelangt, die Entwickelung des Keims sofort vor sich gehen, oder aber es wird der Krankheitsstoff mangels des eben für seine Entwickelung unentbehrlichen Mediums eine zeitlang ruhen. Dabei bleibt er gleichwohl im Körper, um sich zu gegebener Zeit, unter günstigeren Verhältnissen zur vollen Krankheit zu entwickeln. Trifft der Keim nun eine Person, die Existenzbedingungen für ihn bietet, so wuchert er in ihr so lange, bis das ihm günstige Medium von ihm aufgezehrt ist. Dann tritt eine Latenzperiode ein, indem der Bacillus in gewisse Zellen eingeschlossen wird; aus dieser Einkapselung werden die Keime dann wieder unter günstigeren Bedingungen frei gemacht, um nun wieder neue Körperteile entweder auf dem Wege der Lymph- oder der Blutbahnen anzugreifen. Manson wie Abraham bewegen sich hierbei ganz auf dem Wege von Hypothesen. *Hopf-Dresden.*

Impfung und Lepra, von Phineas Abraham-London. (*Journ. of State Med.* Bd. I, pag. 184.) Der Verfasser tritt mit kurzen Worten der Ansicht entgegen, die neuerdings von den Impfgegnern weidlich ausgenutzt wird, dafs die Lepra in dem gleichen Verhältnis wie die Vaccination sich verbreitet habe und somit letztere für das Weiterumsichgreifen dieser Krankheit zum Teil verantwortlich zu machen sei. Die Gegenargumente des Verfassers sind folgende: Lepra ist keine so leicht übertragbare Dermatose wie Syphilis oder Erysipel, denn bis auf Arnings (zum Teil noch angezweifeltes, d. Ref.) Experiment sind alle bisherigen Impfversuche bei Mensch wie Tier erfolglos geblieben. Eine Übertragung wäre ja überhaupt nur bei direkter Abimpfung von Arm zu Arm möglich. In Lepragegenden impft man aber vorwiegend mit Kälberlymphe, die zum gröfsten Teil aus leprafreien Gegenden eingeführt wird. Ferner würden doch die Ärzte in Lepragegenden niemals Lymphe von Leprösen entnehmen, und schliefslich wäre, wenn das geschähe, immer noch nicht bewiesen, ob sich das schreckliche Übel durch diese Lymphe übertragen liefse. Denn aus Untersuchungen Rakes und Buckmasters geht hervor, dafs 91 von 87 geimpften Leprakranken entnommene mikroskopische Präparate kein einziges Mal einwandsfreie Leprabacillen aufwiesen, während einmal das Lymphsekret aus Pusteln, die auf knötchentragenden Ohren entstanden waren, verdächtige Stäbchen zeigte. Und von kranken Stellen würde es wohl keinem Arzte je einfallen Abimpfungen vorzunehmen. — Aufserdem ist in Norwegen und Jamaika, wo die Vaccination obligatorisch geworden ist beziehentlich an Ausdehnung gewonnen hat, die Zahl der Leprösen zurückgegangen. Dasselbe gilt für Indien, wo die Lepra trotz Zunahme der Impfungen relativ wie absolut sich vermindert hat. Auch ist bei wenigstens 2000000 Geimpften (1864—1884) im Gebiet zwischen Ganges und Junina, wo die Lepra nicht häufig war, trotz der Einführung der Lymphe aus Lepragegenden (Guchiwal) keinerlei Zunahme von Lepra in zwei Jahrzehnten zu beobachten gewesen. *Hopf-Dresden.*

Über die Kultur der von mir bei Lepra gefundenen Diphtheridee, von V. Babes. (*Centralbl. f. Bakt.* 1899. No. 4.) Verfasser faſst unter der Bezeichnung „Diphtherideen" eine Gruppe Bacillen zusammen, die dem Diphtheriebacillus ähnlich sind. Über einen hierher gehörigen bei Lepra gefundenen Bacillus sagt er: 1. Der Bacillus konnte in allen 12 untersuchten Fällen von Knotenlepra aus der Tiefe der nicht ulcerierten Knoten oft in Reinkulturen gewonnen werden; an demselben konnten oft Verzweigungen wie in manchen leprösen Geweben (? D. Ref.) nachgewiesen werden; seltener fanden sich daneben Streptokokken oder Staphylococcus aureus. 2. Nachdem Verfasser zur Überzeugung gelangt, daſs der Lepnbacillus besondere Vorliebe für lecithinhaltige Substanzen besitzt (Nerven, Leber, Knochenmark), züchtete er seine Diphtheridee auf lecithinhaltigen Nährböden und fand, daſs sie sich hierbei morphologisch und biologisch, wie auch in Bezug auf das Verhalten zu Farbstoffen dem Leprabacillus nähert. 3. Aus der Diphtheridee läſst sich wie aus Leproorganen eine dem Tuberkulin ähnliche Substanz (Leprin) gewinnen, die bei Leprösen und Tuberkulösen fieberhafte Reaktionen auslöst. 4. Die Serodiagnostik konnte keine beweisenden Resultate liefern. — Verfasser hat begonnen, mit den Produkten lepröser Organe wie mit dem Serum seines Bacillus Lepröse zu behandeln, deren Resultate er mitzuteilen verheiſst. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der Hansensche Bacillus und die durch ihn hervorgerufenen Gewebsläsionen, von Jeanselme-Paris. (*Presse méd.* 8. April 1899.) Die Abhandlung giebt einen zusammenfassenden, dabei kurzen Überblick über unser Wissen bezüglich des von Armauer Hansen entdeckten Leprabacillus. Wir greifen einiges heraus: Die Bacillen frischer Krusten sind oft länger als die alter Herde. Der Name Cocoothrix (Lutz) hat keine Berechtigung. Die scheinbar aneinander gereihten Körner stellen eine regressive Stufe des Bacillus dar. Hansens Ansicht von der Eigenbewegung desselben wird von fast allen Bakteriologen angefochten. Der Keim ist wahrscheinlich von einer Fettschicht umgeben. Die Toxine sind wahrscheinlich an die die Färbung haltenden Teile des Bacillus gebunden. Als sein Sekretionsprodukt wird die ihn umgebende, sich in gleicher, wenn auch etwas schwächerer Weise färbende Kapsel betrachtet. Nach Unna entsteht sie aus der schleimigen Degeneration der aufgeschwollenen gestorbenen Bacillen. Über die Färbemethode sagt Verfasser nur schon Bekanntes. Im allgemeinen färbt und entfärbt sich der Hansensche Bacillus schneller als der Kochsche. Als Unterscheidungsmerkmale zwischen beiden Keimarten giebt Verfasser folgendes an: 1. Kolossaler Bacillengehalt der leprösen Gewebe. 2. Leprabacillen liegen meist in Kolonien, selten allein. 3. Der Hansensche Bacillus ist bis jetzt noch nicht mit Erfolg kultivierbar gewesen. Es bleibt abzuwarten, ob die Bordoni-Uffreduzzischen, Czaplewskischen und Spronckschen Bacillen, deren Kultur gelungen ist, ätiologisch mit der Lepra in Zusammenhang stehen. 4. Der Leprabacillus ist Tieren nicht einimpfbar. 5. Die Gewebszellen werden durch den Leprakeim nur wenig mitgenommen. Verkäsung fehlt. 6. Der Leprakeim zeigt geringere Widerstandskraft als der Tuberkelbacillus gegen physikalische und chemische Einflüsse. 7. Der Aussätzige und Tuberkulöse reagieren in verschiedener Weise auf Tuberkulineinspritzungen. — Jeanselme hält den Bacillus der Lepra, der menschlichen und der Vogeltuberkulose für Glieder einer gemeinsamen Gruppe, die den Übergang von den eigentlichen Bacillen zu den Streptothrixformen darstellt. (Bezüglich der Gewebsveränderungen, die der Hansensche Bacillus hervorruft, berichtet Verfasser nur Bekanntes in zusammenfassender, klarer und gedrängter Weise. Man darf das hier Gesagte bei den Lesern der Monatshefte als bekannt voraussetzen. D. Ref.) *Hopf-Dresden.*

Untersuchung der Organe eines Kindes lepröser Eltern auf Leprabacillen, von O. Woit. (*Wratsch.* 1899. No. 17.) W. hatte Gelegenheit, die mikroskopische Untersuchung der Haut, der Milz, der Lymphdrüsen, der Leber, der Nieren und der Lunge eines fünfwöchentlichen, unehelich geborenen Kindes von zwei im Leprosorium zu Muhli in Livland lebenden Leprösen vornehmen zu können. Das Resultat war in Bezug auf das Vorhandensein von Leprabacillen ein völlig negatives.

A. Jordan-Moskau.

Die Veränderungen am Auge bei der Lepra, von Jeanselme und Morax. (*Annales d'oculist.* Novbr. 1898.) Die Verfasser geben eine Übersicht der Veränderungen an den verschiedenen Membranen des Auges bei Lepra. Bezüglich der Pathogenese dieser Veränderungen betonen sie, entgegen der Ansicht von Poncet und Babes, welche in der Cornea eine wichtige Eingangspforte des Leprabacillus in den menschlichen Organismus erblicken, dafs in allen bisher beobachteten Fällen die leprösen Augenläsionen sekundäre waren. Dieser sekundäre lepröse Prozefs beginnt im episklerösen Teile des Limbus und verbreitet sich von hier aus über die subepithelialen und tieferen Schichten der Cornea, die Sclerotica, dann über das Corpus ciliare, die Iris und den vorderen Abschnitt der Choroidea und Retina auf dem Blut- und Lymphwege. Das letztere ist z. B. für die Cornea der Fall, wo die Leukocyten die Träger der Bacillen bilden. Die Augenveränderungen bei Lepra sind ziemlich häufig, indem man sie, mit Ausschlufs der Lepra nervorum, in 98% der Fälle antrifft. Was die Cornealläsionen anbelangt, so unterscheiden sich dieselben in mikroskopischer und histopathologischer Hinsicht nicht von den analogen Veränderungen bei Tuberkulose und Syphilis. In klinischer Beziehung dagegen unterscheiden sie sich besonders durch den Verlauf: Die tuberkulöse Infiltration der Cornea geschieht in langsamer und fortschreitender Weise und umfafst das ganze Gebiet der Cornea erst nach mehreren Monaten; nachdem sie ihre volle Entwickelung erreicht hat, scheint sie keiner Regression fähig zu sein. Auch die lepröse Infiltration der Cornea geht nur langsam vor sich, kann Monate lang auf einen Sektor beschränkt bleiben und zwar vorzüglich auf die peripheren Zonen der oberen Hälfte. Es werden Schübe und partielle Regressionen beobachtet, aber eine vollständige Heilung kommt kaum vor, wie dies im Gegenteil bei der Syphilis stattfindet, wo der Prozefs rasch vorwärts schreitet und sich schon in einem Monate über die ganze Membran ausbreiten kann. Der Hansensche Bacillus wird in grofsen Mengen konstatiert. *C. Müller-Genf.*

Über die Läsionen der Hinterstränge des Rückenmarks bei Leprakranken, von Jeanselme und Marie. (*Revue neurolog.*) Die Verfasser haben gefunden, dafs in gewissen Fällen von Lepra Läsionen der Hinterstränge vorkommen, welche mit Vorliebe die Gollschen und Burdachschen Stränge betreffen, meist von ganz leichten Veränderungen der hinteren Rückenmarkswurzeln und des Reticulums der Clarkeschen Säulen begleitet sind und wahrscheinlich als endogenen Ursprungs aufgefafst werden müssen. *C. Müller-Genf.*

Der nasale Ursprung der Lepra, von Julius Goldschmidt-Paris. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 12.) Koch und Sticker gegenüber nimmt Verfasser die Priorität des nasalen Ursprungs der Lepra für sich in Anspruch, da er bereits im Jahre 1891 in zwei Schriften auf den Beginn der Krankheit in der Nase hingewiesen hat.

P. Taenser-Bremen.

Lepra maculo-anaesthetica. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1899. No. 5.) Jadassohn demonstrierte Präparate von einer alten rein makulösen erythematösen Efflorescenz, in welchen Herde mit Riesenzellen (nach dem Typus von Langhans),

spärliche Bacillen und beginnende nekrobiotische Stellen konstatiert wurden. Denselben Befund hat J., jedoch in noch viel ausgesprochenerer Weise, in einem andern Falle von makulöser, lupoider Lepra nachgewiesen. Diese Thatsache spricht dafür, daſs die Lepra der Tuberkulose sehr ähnliche histologische Bilder erzeugt.

C. Müller-Genf.

Lepra — unheilbar. Offene Antwort auf eine Mitteilung Gemys von Albert S. Ashmead-New York. (*St. Louis med. a. surg. Journ.* Febr. 1899.) Ashmead wendet sich in kurzen Worten in ziemlich agressiver Weise gegen den Dermatologen Gemy in Algier, der gegen Ashmeads die Ausbreitung der Lepra bekämpfende umfassende prophylaktische Maſsregeln Protest erhoben hatte und besonders gegen des New Yorker Kollegen Ausspruch aufgetreten war, daſs der Lepra gegenüber jede Therapie, die Serumbehandlung eingeschlossen, sich machtlos erwiesen habe. Ashmeads Forderungen bezüglich der Lepra-Prophylaxe waren folgende: Absolute zwangsweise Isolation der Leprösen. Vom Moment der Isolierung an siebenjährige Beobachtung der gesamten Familie des betreffenden Kranken. Errichtung von Leprosorien in möglichst trockenen Gegenden. Stirbt ein Lepröser, so soll seine Familie in einer Beobachtungsstation sieben Jahre überwacht werden. Bei negativem Ergebnis darf sie nachher wieder in die allgemeine soziale Gesellschaft zurückkehren. Schaffung von Asylen für die hinterlassenen Kinder Lepröser bis zur Pubertät. Vernichtung der Kleidungsstücke Lepröser und Verbrennung ihrer Leichname. Wie man sieht, geht Ashmead sehr scharf und konsequent vor. *Hopf-Dresden.*

Über die Wirkungen der Bakterienproteine und der Deuteroalbumose bei Lepra, von Soonetz-Dorpat. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 16.) Trotz seiner negativen therapeutischen Erfolge mit dem Carrasquillaschen Lepraserum bezweifelt Dehio-Dorpat, aus dessen Institut vorliegende Arbeit hervorgegangen ist, nicht, daſs damit auffallende temporäre Besserungen der Symptome erzielbar wären. Nur glaubt er nicht, daſs die wirksamen Stoffe dieses Serums spezifische Lepra-Antitoxine seien, da sie sonst wohl dauernde Besserungen beziehentlich Heilungen hervorbringen müſsten. Gleiche Wirkungen hätte ja auch Kochs Tuberkulin. Dehio nahm nun an, „daſs auch Proteine anderer Mikrobien spezifischer und nichtspezifischer Natur, sowie andere Eiweiſsderivate, die ohne Bakterienwirkung aus Verdauungsalbumosen hergestellt sind — Stoffe, deren Wirkung bei der Tuberkulose der des Tuberkulins gleichkommt oder sehr ähnlich ist," auch bei der Lepra analoge Veränderungen wie das Kochsche Serum hervorrufen dürften. Der Verfasser nun hat die von Akel-Dorpat begonnenen Versuche fortgesetzt, die sich mit der Injektion von Extrakt des Bacillus pyocyaneus und des Proteins des Bacillus prodigiosus, sowie von Deuteroalbumose bei Tuberkulösen und Leprösen befaſsten. Die Versuchsreihen sind leider sehr kleine. Der Verfasser kommt zu dem Schlusse, daſs während Gesunde auf diese Stoffe gar nicht reagieren, Leprakranke mit Störungen des Allgemeinbefindens und Temperatursteigerungen darauf antworten. Ferner erklärt er, daſs die Art der Einwirkung auf Lepröse wie Tuberkulöse ganz an die des Kochschen Tuberkulins erinnere. (Weitere Untersuchungen mit reicherem Material müssen ergeben, ob sich die Versuche des Verfassers auf der rechten Bahn bewegen. D. Ref.)

Hopf-Dresden.

Verschiedenes.

In der medizinischen Gesellschaft der Stadt Basel (Sitzung vom 2. Februar 1899) stellte Buri mehrere dermatologische Fälle vor, und zwar 1. einen Fall von **Akanthosis nigricans** bei einem 19jährigen Manne, dessen verstorbener Bruder an derselben Affektion gelitten hatte. Bei dem Patienten war im zweiten Lebensjahre die Haut stellenweise schmutzig, grau, rauh, trocken, leicht abschuppend geworden; dieser Zustand blieb ca. 15 Jahre bestehen. Seit zwei Jahren nun entwickelten sich auf dem behaarten Kopfe, sowie insbesondere auf den Beugeflächen des Körpers, Brust, Abdomen, Beugeflächen der Arme und Beine zahlreiche braunschwarze bis schwarze, mächtige Warzen und kondylomartige Auswüchse. Die Affektion ist durchaus symmetrisch auf beide Körperhälften verteilt, auf die Beugeflächen beschränkt und nimmt ungefähr ein Dritteil der Körperoberfläche ein. Andere Hautpartien, z. B. am Halse, an der Infra- und Supraklavikulargegend, der Sternalgegend etc., erinnern an Ichthyosis; die Haut ist hier schmutzig, grau, trocken, abschuppend, die normalen Furchen sind vertieft. Die Haut des Gesichts, eines grofsen Teiles der Rückenfläche, der Vorderfläche der Unterschenkel, der Hände und Fufssohlen ist normal. — Die Prognose ist bei dem progressiven Charakter der Affektion und der Möglichkeit einer Umwandlung in malignem Sinne jedenfalls zweifelhaft. — Durch Applikation von 40%igem Salicylpflastermull gelang es in kurzer Zeit, einen Arm ganz frei von Exkrescenzen zu machen. Es wird wohl möglich sein, durch genügend lange Behandlung alle Auswüchse zu beseitigen; alsdann mufs durch sorgfältige Hautpflege, häufige Bäder, zeitweise angewandte Verbände mit Salicylsäure, β-Naphthol, Schmierseife, Fette etc. die Neubildung von Exkrescenzen verhütet werden.

2. Ein Fall von **Naevus verrucosus linearis** bei einem 14jährigen Knaben. Die Haut der rechten Wange ist auf einer fünfmarkstückgrofsen Fläche gerötet, rauh, mit zahlreichen feinen, hornigen, warzenförmigen Exkrescenzen besetzt. Von dieser Fläche aus ziehen verschiedene Ausläufer solcher Exkrescenzen nach mehreren Richtungen. Der Verlauf dieses Ausläufer stimmt mit den von Voigt angegebenen Grenzlinien, d. h. den Grenzlinien der Nervenbezirke überein. Die Affektion ist erst im zweiten Lebensjahre aufgetreten; sie zeigt zeitweise Verschlimmerungen und Besserungen, letztere meist mit interkurrenten Krankheiten zusammenfallend. Siehe *„Monatshefte"* Bd. 29, pag. 1. (Nach *Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1899. No. 11.)

Götz-München.

Die Litteratur der venerischen Krankheiten, von Proksch. Binnen kurzem erscheint ein Supplementband zu dem bedeutenden Werke, der die Litteratur der Jahre 1889—1899 enthalten wird. Durch diesen Band bleibt das Werk auf der Höhe der Zeit und wird dem litterarisch arbeitenden Syphilidologen ein unentbehrliches Nachschlagebuch sein und bleiben. Wir kommen später noch einmal darauf zurück.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

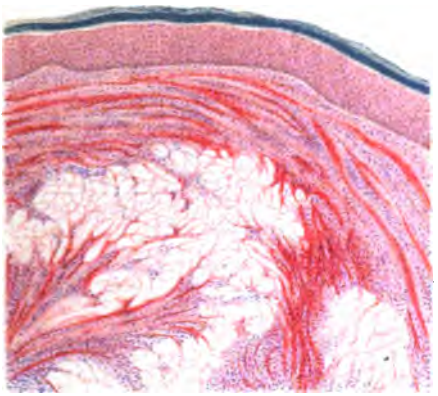


Fig. 2.

Fig. 3.

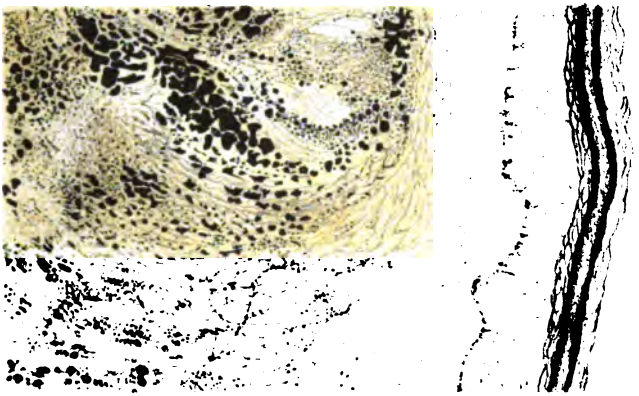
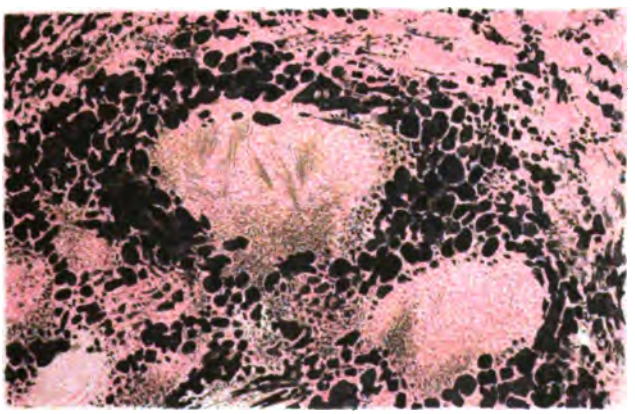


Fig. 4.



Lith Anst Julius Klinkhardt Leipzig

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Fig. 5.

Fig. 6.

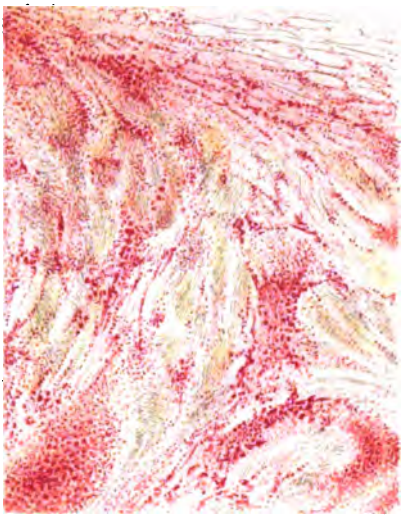


Fig. 7.

Fig. 8.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 5. 1. September 1899.

(Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.)

Zur Histologie des Xanthoma glycosuricum.

Von

Dr. Franz Krzyształowicz in Krakau.

(Mit Tafel V u. VI.)

Es ist allgemein sowohl den Internisten wie den Dermatologen bekannt, dafs einige Hautveränderungen mit gewissen konstitutionellen Krankheiten in Zusammenhang stehen; so ist es auch mit dem Xanthoma glycosuricum und dem Diabetes mellitus und dieses ist um so interessanter, da ähnliche Geschwülste der Haut, wie bei diesem Xanthom, auch lokal am Augenlide vorkommen (Xanthoma palpebrarum), ohne dafs eine Beziehung zu Diabetes nachzuweisen ist.

Auf nähere histologische Details bei dieser Krankheit einzugehen, wurde ich durch den Rat des Herrn Dr. Unna gelenkt, der mir gleichzeitig bei einem Fall, welcher im Januar in seine Behandlung trat, das nötige Material excidierte und mikroskopische Präparate von einem früher behandelten Fall[1] zum Vergleich zur Verfügung stellte.

An dieser Stelle erlaube ich mir hierfür meinem hochgeehrten Lehrer herzlichsten Dank auszusprechen.

Bevor ich auf das histologische Bild unserer Krankheit eingehe, teile ich die Krankengeschichte des betreffenden Patienten mit und will einiges aus der einschlägigen Litteratur besonders über die bisher gefundenen histologischen Ergebnisse daran anknüpfen.

N. N., Restaurateur aus Hamburg, ist 37 Jahre alt.

Hereditär liegt keine Krankheitsanlage vor. Sein Vater ist im 80. Lebensjahre an Altersschwäche gestorben. Die Mutter lebt noch, ist 76 Jahre alt. Der Patient hat keine Geschwister; ein Bruder hat sich als Jüngling entleibt. Seit sechs Jahren verheiratet, hat er ein 5 Jahre altes, gesundes Kind.

---

[1] Schwenter-Trachsler, Xanthoma glycosuricum. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXVII.

Nach seiner Angabe ist der Kranke bis jetzt gesund gewesen und hat keine Krankheiten durchgemacht; auch die jetzige Krankheit verursacht ihm keine allgemeinen Beschwerden. Er kam lediglich in die Behandlung des Herrn Dr. Unna wegen eines Hautausschlages, der ihm nur beim stärkeren Druck auf die einzelnen Knoten Schmerzgefühl verursachte, im übrigen aber nicht mit von selbst eintretenden Schmerzen und Jucken verbunden war. Das einzige, was der Patient bemerkte, war eine seit zwei Jahren etwas stärker zunehmende Fettleibigkeit, die aber nach Änderung seiner Lebensweise in letzterer Zeit wieder abgenommen hatte. Durst nicht vermehrt; keine Polyurie; keine Schwäche vorhanden.

Der Ausschlag zeigte sich zuerst vor zwei Jahren in Form kleiner Knötchen, die er plötzlich an der rechten Hohlhand und an der Ellbogengegend bemerkte und die seitdem etwas zunahmen, andererseits aber auch an anderen Körperstellen auftraten.

Patient ist ein kräftiger, ziemlich grofser Mann von gesundem Aussehen, mit gutem, etwas reichlichem Fettpolster. Körpergewicht 103 kg. Die Haut weifs, nirgends ikterische Färbung; Puls voll, regelmäfsig. Am Bauche sieht man kleine Narben, den Graviditätsnarben ähnlich, welche als Zeichen der früheren Fettleibigkeit blieben.

An einigen Stellen des Körpers sieht man disseminierte Knötchen, ungefähr 1—2 mm über das Hautniveau erhaben, von kaum Stecknadelkopf- bis Linsengröfse. Die Knötchen zeigen eine strohgelbe Farbe auf ihrer Höhe und einen lebhaft roten Saum an der Peripherie; einige kleinere nur scheinen ganz rot zu sein, vermittels des Diaskops aber gelingt es, auch in diesen die gelbe Farbe der Mitte sichtbar zu machen. Die Konsistenz der Knötchen ist derb. Die Efflorescenzen treten in Gruppen unregelmäfsig aneinander gereiht auf.

Die Verteilung der Knoten ist folgende: Das Gesicht, der Hals und Rumpf sind ganz frei, hauptsächlich betroffen sind die Streckseiten der Extremitäten, Ellbogen und Knie, aufserdem treten die Knötchen in Gruppen an der hinteren oberen Partie der Oberschenkel, unmittelbar unterhalb der Glutäalfalten auf. Man sieht auch ein paar Knoten am Daumenballen, über welche die Hornschicht glatt hinweggeht.

Die am 2. Januar d. J. ausgeführte quantitative Harnuntersuchung ergab folgenden Befund: Saure Reaktion, spezif. Gewicht 1,027—1,030, minimale Spuren von Albuminsubstanzen, Harnzucker im Morgenurin 0,2%, abends 1,85%. Andere Bestandteile des Harnes ganz normal.

Der Patient unterzog sich nun auf Anraten von Dr. Unna der folgenden Behandlung: Diät, vollständige Abstinenz von Mehlspeisen und alkoholischen Getränken, aufser etwas leichtem Wein; fast nur Fleischkost gestattet; innerlich Salicylsäure, äufserlich: Abschneiden einiger gröfserer Knötchen, auf andere kleinere: Ichthyolpflastermull.

Nach einer Woche (11. Januar) fand man keinen Zucker mehr im Harne und nur minimale Spuren von Eiweifs im Morgenurin: den 14. Januar war schon kein Zucker und Eiweifs im Harne, spezif. Gewicht kleiner: 1,023. Seit dieser Zeit bis Ende März, als ich den Kranken gesehen habe, haben die Harnuntersuchungen fortdauernd die Abwesenheit von Zucker und Eiweifs ergeben. Der Patient fühlt sich ganz wohl, hält noch strenge Diät, trinkt nur etwas Wein und Bier; die Knoten sind verschwunden, an Stelle der excidierten sind nur kleine Narben geblieben.

In Bezug auf die Litteratur ist zuerst Rayer zu nennen, welcher im Jahre 1835 diese Erkrankung vom Augenlid unter dem Namen: Plaques jaunâtres beschrieb. Hernach nennt sie Bazin: Molluscum cholestérique und erst Addison und Gull (1851) beschäftigen sich intensiver

mit dieser pathologischen Erscheinung der Haut und geben eine Beschreibung derselben unter dem Namen: Vitiligioidea planum et tuberosum. Erasmus Wilson (1863), der diese Krankheit für eine Affektion der Talgdrüsen hielt, schlug die Benennung: Molluscum sebaceum vor; später hielt er sie für eine Erkrankung der Epidermis und gab ihr den Namen: Laminae flavae epithelii cutis, den er schliefslich noch in die Benennung: Xanthelasma umwandelte. Als der erste gebrauchte Frank Smith im Jahre 1869 in seiner Arbeit den Namen Xanthoma.

Die ersten mikroskopischen Bilder von Xanthoma palpebrarum sind von Pavy, welcher neben Bindegewebsneubildung die Einlagerung von Fetttropfen im Bindegewebe fand. Ihm stimmen Fagge, Hutchinson, Waldeyer, Virchow, Kaposi und Chambard bei. Dieser letztere Verfasser beschreibt sodann als erster ein Xanthoma tuberculosum corporis und behauptet, dafs bei dieser Form eine ähnliche Proliferation von Bindegewebszellen bestehe, mit Neigung zur Bindegewebsneubildung und fettigen Degeneration der vorher bestehenden Zellen sowohl wie auch der Neubildung selbst. Nach dem Grade des Überwiegens der fettigen Zelldegeneration bestimmt sich die klinische Form des Xanthelasmas, sodafs das Xanthelasma planum nur eine trübe Schwellung der Bindegewebszellen zeige, das Xanthelasma tuberculosum eine fettige Infiltration dieser Zellen. Endlich, was die Natur des Xanthelasmas anbelangt, betrachtet er es als eine Krankheit des Bindegewebes und nicht des Drüsensystems, im Gegensatz zu Hebra, Simon und Geber, welche die pathologische Veränderung als hypertrophische Talgdrüsenzellen bezeichneten.

Von den vorher erwähnten Autoren haben nur Addison und Gull das Xanthoma glycosuricum beobachtet, später hat Besnier einen besonderen Fall, welchen er Xanthome en tumeurs nannte, beschrieben, bei dem das Mikroskop dieselbe Struktur ergab, wie beim gewöhnlichen Xanthelasma. Endlich hat Balzer in der Arbeit von Brachet und Monnard ein mikroskopisches Bild des Xanthome en tumeurs gegeben, indem er fettige Degeneration (dégénération granulo-graisseuse) der proliferierten und neugebildeten Bindegewebszellen neben Entzündungsinfiltration längs der Gefäfse fand. Wie Chambard beschreibt er auch Bindegewebsneubildung um die Nerven und fettige Degeneration der Endothelien. Ganz neu ist seine Parasitentheorie bei Xanthoma, da er besondere Mikroorganismen in Bindegewebszellen beschrieb und diese Affektion als schwere Infektionskrankheit betrachtete.

Schwimmer beschreibt die Xanthomtuberkeln als oberflächliche, flache Knoten von faseriger Struktur; die Epidermisschicht soll verdünnt sein; unter dieser sind die mit aufgequollenem Endothel versehenen Lymphgefäfse und neben diesen kleine mit ähnlich veränderten Endothelien versehene, stellenweise Hyalin enthaltende Gefäfschen zu sehen. Die Gefäfs-

wand ist sehr verdickt und bildet auf dem Querschnitt ein konzentrisches, buchtiges Netz, dessen mit einander kommunizierende Höhlen mit einer Schicht von kleinen, gequollenen, gelbliche Fetttropfen enthaltenden Zellen ausgekleidet oder ausgefüllt sind. Der Prozefs erstreckt sich, die Lymphgefäfse ausgenommen, auf sämtliche Elemente der Haut, die Drüsenhüllen und Nervenscheiden eingeschlossen. Die Bindegewebsfasern schwellen an, werden von einander losgelöst und verfallen einer hyalinen Entartung.

Eichhoff giebt keine neuen Daten, er betrachtet das Xanthoma planum wie tuberosum als Bindegewebsneubildung.

Touton beschreibt das mikroskopische Bild von Xanthelasma im allgemeinen, indem er meint, dafs hier eine Endothelialneubildung mit Fetteinlagerung sich entwickelt, und gebraucht den Ausdruck: Xanthomzelle, welchen er folgendermafsen definiert: „Es ist eine Zelle mit scharfer Membram, feinkörnigem und fädigkörnigem Inhalte, mit grofsem, rundlichen oder ovalen Kern; diese einzelnen Bestandteile sind verdeckt durch dichtgedrängte Fetttropfen."

Eigentlich giebt erst Robinson das mikroskopische Bild speziell des Xanthoma glycosuricum, denn, obwohl die vorherigen Verfasser hier und da Knötchenformen beschreiben, so kann man, da sie der Glykosurie dabei nicht erwähnen, nicht beurteilen, ob in diesen Fällen von unserer Form die Rede ist. Nach Robinson ist die Xanthomzelle des Xanthoma glycosuricum auch für diese Art charakteristisch. In seinem Falle besteht der Tumor aus Xanthomzellen, Rundzelleninfiltration und aus Bindegewebe, dessen Zellen er in Form, Gröfse und Aussehen verschieden beschreibt. Daneben fand er auch in den Lymphgängen Xanthomzellen; deshalb scheinen sie seiner Meinung nach ihren Ursprung in den Endothelzellen der Lymphgefäfse zu nehmen; es besteht im Bereiche des Knötchens eine Verengerung der Gefäfslumina durch Veränderung im Endothel und Zellenansammlung in der Adventitia. Er beobachtet aber keine Zeichen von Bindegewebsneubildung, im Gegenteil eher eine Zerstörung und sogar eine bedeutende in der Mitte des Tumors. Endlich meint er, dafs die Intensität des Prozesses bei dieser Krankheit viel bedeutender als bei gewöhnlichem Xanthom sei und die Thatsache, dafs der Verlauf, Verbreitung und Sitz verschieden ist, beweist ihm, dafs zwei verschiedene ätiologische Faktoren bei den zwei xanthomatösen Prozessen im Spiele sind. Er sieht das glykosurische Xanthom als eine Entzündungsgeschwulst, durch irgend ein reizendes Agens verursacht, an.

Gallemaerts und Bayet geben in ihrer Arbeit über die Histologie des Xanthoms (planum, tuberculosum et tuberosum) etwas ganz besonderes und neues; nach ihnen entstehen die Xanthomzellen durch Anschwellen und Körnigwerden der fixen Bindegewebszellen, sie enthalten aber kein Fett (!), sondern nur Pigment. Dieses merkwürdige Ergebnis, dafs sie bei

der Osmierung kein Fett gewonnen haben, scheint seine Erklärung darin zu finden, dafs sie die in Alkohol und Celloidin angefertigten Schnitte osmierten.

Radcliffe spricht bei einem Fall von Xanthoma diabeticorum von entzündlicher Infiltration mit ovalen und spindelförmigen Zellen, neben epitheloiden, die einen oder mehrere Kerne besitzen. Die Zellen sind hauptsächlich in horizontaler Richtung zwischen den Bindegewebsbündeln angeordnet. Er unterscheidet diese Form von Xanthoma planum und tuberosum, indem er behauptet, dafs die letzteren oberflächlicher liegen und keine Neigung zur Involution besitzen, wie das Xanthoma diabeticorum.

Török weist nach, dafs das Xanthoma glycosuricum klinisch und histologisch in vollem Gegensatz zu anderen Arten von Xanthoma steht. Bei diesem handelt es sich allemal um einen entzündlichen Vorgang, der zu einer körnigfettigen Entartung führt, deswegen verwirft er die Bezeichnung Xanthoma und nennt sie: L'éruption papuleuse à dégénération graisseuse des glycosuriques. Er behauptet, dafs bei dieser Form das Fett von dem bei Xanthoma vulgare, das soll heifsen: dem Xanthom der Nichtglykosurischen, ganz verschieden ist, denn bei ersterem giebt es gröfsere Tropfen, welche zusammenfliefsen und gröfsere Massen bilden.

Die mikroskopischen Bilder von Xanthoma in der Arbeit von James und Walker decken sich fast vollständig mit den von Unna in seiner *Histopathologie* beschriebenen, zu denen ich noch später zurückkehren werde.

Im Jahre 1897 sind zwei Arbeiten über unsere Krankheit erschienen; die eine von Toepfer, aus der Abteilung des Dr. Mraček in Wien, in welcher der Verfasser behauptet: Der Tumor besteht aus fibromatösen Strängen, welche aus dem Bindegewebe der Haut ihren Ursprung nehmen. Das gelbe Fett liegt in den Zellen der fibrösen Stränge selbst. Von der fibrösen Grundlage genetisch verschiedene Xanthomzellen sind nicht nachweisbar. Der Tumor ist nicht entzündlichen Ursprungs. — Die zweite Arbeit von Geyer aus Elberfeld geschrieben, giebt uns die ausführliche Beschreibung des mikroskopischen Bildes. Er hält die Lymphbahnen für den Ausgangspunkt der Xanthomwucherung, indem er Fett in den Lymphgefäfsendothelien und Lymphspalten gefunden hat. Am Ende sagt er, „dafs das Xanthom keine Lokalerkrankung, sondern eine Erkrankung auf einer allgemeinen Grundlage sei. Deshalb ist das Xanthom nicht den eigentlichen Tumoren zuzurechnen, selbst wenn man Unnas System der Entwickelung der weichen Naevi, die dem Xanthomprozefs anatomisch am nächsten stehen (? Ref.) zu Grunde legen wollte; deshalb zugleich ist der Xanthomprozefs auch keine Prolifération irritative und Dégénérescence graisseuse, die Verfettung tritt in der voll lebensthätigen Zelle ein.“

Zuletzt will ich noch die Anschauungen von Herrn Dr. Unna hier

citieren, welcher beim Demonstrieren von mikroskopischen Präparaten im ärztlichen Verein in Hamburg (5. Juli 1898) folgende Beschreibung vom Xanthomknötchenbau eines Glykosurischen gegeben hat. Er sagte damals: „Mikroskopisch stellten sich die Geschwülstchen als unregelmäfsige Konglomerate kleinerer kugelförmiger Herde dar, welche von einer relativ normalen, nur leichte entzündliche Erscheinungen aufweisenden Haut umgeben sind. Das Centrum der Herde wird stets von einem Haufen garbenförmig zusammenhängender Fettkrystalle gebildet, welche nur sehr schwer und in geringem Mafse eine Osmierung annehmen. Darauf folgt eine Zone sehr stark vergröfserter Bindegewebszellen, die von leicht osmierbarem Fett in Tropfenform nach dem Typus der Talgdrüsenzellen erfüllt sind, nach Entfernung des Fettes eine sehr regelmäfsige Wabenstruktur erkennen lassen und gegen das Centrum des Herdes hin häufig geplatzt erscheinen, sodafs ihr Inhalt mit dem freien Fett des Centrums in Verbindung treten kann. Diese Zone wird stets von einer Schale von Bindegewebszellen umgeben, die von kleinerer Gestalt und gestreckterer Form sind und nur eine geringe Menge gut osmierbarer Fetttropfen enthalten. Zu äufserst liegt eine Schale verdickten und zellig infiltrierten Bindegewebes, welches die einzelnen Herde umschliefst und zugleich die Septen des ganzen Konglomerates bildet."

Wie man aus der vorher erwähnten, obwohl kurzen Zusammenstellung der Anschauungen verschiedener Autoren, die den Bau der Xanthomknötchen Glykosurischer und Nichtglykosurischer bearbeitet und ihre Stellung zu den Hautkrankheiten gezeichnet haben, sieht, sind die Beschreibungen und Meinungen sehr verschieden.

Wenn wir die alte und falsche Anschauung über den drüsigen Ursprung des Xanthoms ganz bei Seite lassen, so behaupten fast alle Autoren, dafs es sich bei dieser Krankheit um Bindegewebsveränderungen handelt; die einen aber meinen, dafs sich darin entzündliche Vorgänge abspielen, die anderen, dafs es sich nur um eine Proliferation des Bindegewebes handele; andere endlich nehmen als Ursache dieser Krankheit einen schweren infektiösen Prozefs an. Fast bei allen ist von dem Fett die Rede; die einen betrachten es aber nur als eingelagert, die anderen sprechen von fettiger Degeneration; es giebt aber auch solche, welche die Existenz des Fettes bestreiten und nur Pigment sehen. Der Unterschied zwischen den verschiedenen Arten von Xanthoma ist auch strittig; die einen wollen nur einen quantitativen zugeben, die anderen konstatieren eine qualitative Differenz.

Die Worte von Dr. Unna, die ich aus dem Protokoll des Ärztevereins in Hamburg vorher angeführt habe, dienen mir als Grundlage meiner Arbeit; trotz ihrer Kürze geben sie das vollständige mikroskopische Bild — deswegen ist meine Aufgabe, dieses mit Details zu ergänzen und

hierbei zu beweisen, dafs nur gute und genau ausgeführte Färbemethoden alle Subtilitäten der Bilder zu Tage treten lassen, welche für das vollständige Verständnis des Krankheitsbildes so grofse Bedeutung haben.

Ehe ich das mikroskopische Bild zeichne, mufs ich bemerken, dafs ich das reiche Material, welches ich durch Ausschneiden der Knötchen von Herrn Dr. UNNA empfangen, mit fast allen Härtungsmethoden behandelt habe und zwar: Alkohol, FLEMMINGscher Lösung und MÜLLERscher Flüssigkeit, endlich mit den Fixationsflüssigkeiten von UNNA mit nachfolgender Osmierung.

Ich beginne mit in Alkohol gehärteten Präparaten, welche als bestens färbbar mir die besten Bilder gegeben haben, besonders was die Lage und das Verhältnis des Knötchens zur Umgebung anbelangt. Zum Färben der in Celloidin eingebetteten Schnitte habe ich meistens die von UNNA gegebenen Methoden gebraucht, indem ich einmal speziell das Protoplasma des Epithels und der Bindegewebszellen, das andere Mal das Kollagen, die elastischen Fasern und endlich das Fett färbte.

Schon makroskopisch sieht man, wie das Knötchen gelblich durch die Haut hindurch leuchtet, indem es nach dem Herausschneiden des Hautstückes sich von der Umgebung noch etwas schärfer wie im Leben abhebt, was das Mikroskop vollauf bestätigt. Denn schon bei schwacher Vergrößerung kann man bemerken, dafs das Bindegewebe nach Art einer Kapsel den ganzen Knoten rings umgiebt, indem es mit feineren Septen in das Innere eintritt; es macht den Eindruck, als wenn das Knötchen wie ein Fremdkörper in das Hautgewebe eingedrungen wäre, es zur Seite geschoben hätte und dabei zum Teil die kollagenen Bündel in zartere Fasern ausgesplittert wären. In demselben Verhältnisse steht das Knötchen zu den elastischen Fasern, welche das Bindegewebe begleiten; sie sind zur Seite geschoben, aber nicht zerstört. Deshalb kann keine Rede davon sein, dafs ein Schwund des Bindegewebes und der elastischen Fasern bestände; es handelt sich nur um ein Auseinanderschieben derselben durch das Eindringen des Knötchens.

Um die Lage des Knötchens zu den Hautschichten zu bestimmen, habe ich folgende Methoden, eigentlich für Kollagen und elastische Fasern von UNNA angewandt, gebraucht:

1. Hämatoxylin (DELAFIELD) 2 Min.
   Wasser.
   Säure-Fuchsinlösung (2%) 5 Min.
   Wasser.
   Gesätt. wäss. Pikrinsäurelösung 1 Min.
   „ alkohol. „ 2 „
   Alcohol absolutus. Öl. Balsam.

2. Polychrom. Methylenblau 5 Min.
   Wasser.
   Neutrales Orceïn 15 Min.
   Alcohol dilutus.
   Alcohol absolutus. Öl. Balsam.

3. Neutrales Orceïn 2 Min.
Alcohol dilutus. Wasser.
Polychrom. Methylenblau 1 Min.
Wasser.
Glycerinäthermischung ein paar Min. zum Entfärben.
Wasser. Alcohol absolut. Öl. Balsam.

4. Saures Orceïn 10—15 Min.
Alcohol dilutus.
Wasser.
Polychrom. Methylenblau 2 Min.
Wasser.
Conc. wäss. Tanninlösung mit Orange (scharf entfärben).
Wasser (lange).
Alcohol absolutus. Ol. Balsam.

Was die Schichten der Haut betrifft, so liegt das Knötchen unterhalb der Pars papillaris, in der eigentlichen Cutis. Die papilläre Schicht oberhalb des Knötchens ist fast normal, gewöhnlich läfst sich eine Erweiterung der Blut- und Lymphgefäfse bemerken, längs welcher etwas mehr Bindegewebe sich befindet. Ein Infiltrat läfst sich nirgends wahrnehmen. Ausnahmsweise kann man sehen, dafs aus dem Knötchen ein streifenförmiger Ausläufer sich bis zu der Epithelialschicht erstreckt. Diese letztere zeigt keine Abnormitäten, besitzt Zellen mit gut färbbaren Kernen; gröfsere Anhäufung von Pigment habe ich nicht konstatiert.

Um genau die Subtilitäten im Epithel sehen zu können, habe ich mit Methoden gefärbt, welche das Epithelprotoplasma und die Kerne der Epithelzellen hervortreten lassen:

5. Hämatoxylin (starke) 5 Min.
Wasser.
Polychrom. Methylenblau 5 Min.
Wasser.
Neutrales spirit. Orceïn 15—20 Min.
Alcohol absolutus. Öl. Balsam.

6. Wasserblau (1%) 10 Min.
Wasser.
Neutrales spirit. Orceïn 15—20 Min.
Alcohol absolutus. Öl. Balsam.

7. Hämatoxylin 5 Min.
Wasser.
1‰ wäss. Eosinlösung 1/2 Min.
Wasser.
Gentiana-Alaunlösung 5 Min.
Wasser.
Jodkalilösung + Jodkrystall.
Wasser.
Abtrocknung auf dem Objektträger.
Anilin 10 + Xylol 40 z. Entwässerung.
„ 25 „ 25 „ Entfärbung.
Xylol. Balsam.

Was nun den feineren Bau des dergestalt in der Haut gelagerten Knötchens betrifft, so zeigt es sich, sowie es eine gewisse Gröfse erreicht hat, aus teils neben, teils hintereinander liegenden, durch Kollagen mit elastischen Fasern von einander getrennten Herden zusammengesetzt. Diese Herde sind, wie man schon bei schwacher Vergröfserung sieht, durch eine Art konzentrischer Schichtung ausgezeichnet, was besonders an den jüngsten gut hervortritt. Hier sieht man die Zellen, aus denen sie gebildet werden, parallel zu den umgebenden kollagenen Bündeln sich lagern und dadurch zu der konzentrischen Schichtung des ganzen Herdes Veranlassung geben; die Zellen sind an der Peripherie mehr zusammengedrängt, in der Mitte liegen sie weiter auseinander. Ein solches Bild tritt übrigens nicht immer

so scharf hervor; manchmal liegen die Zellen an der Peripherie weiter auseinander, dann nämlich, wenn die Knötchen keine kugelige Gestalt besitzen, sondern mehr in die Länge gezogen sind, was von der Lage und Umgebung, wie der Nachbarschaft von Haaren und Drüsen, welche bei diesen Veränderungen nur passiv beteiligt sind, abhängt.

Das Studium der Zellen selbst, welche das Knötchen bilden, zeigt deutlich, dafs sie Bindegewebszellen von verschiedenem Alter sind. Neben verlängerten spindelförmigen, älteren Zellen, welche meistens an der Peripherie liegen, sieht man, je näher dem Centrum des Knötchens, desto öfter Zellen mit sehr reichlich entwickeltem Spongioplasma — sie mögen „Spongioplasten" heifsen — mit gut färbbaren Kernen und hier und da mit Mitosen. Unter ihnen fallen grofse Zellen auf, 2—3mal so grofs wie gewöhnliche junge Bindegewebszellen, mit grofsen Kernen. Die Form der Zellen ist sehr verschieden, sie bilden die von UNNA beschriebene Formenreihe der Spongioplasten (Platten-, Spindel-, Spinnen- und Schaumzellen[1]), deren Ausläufer die einzelnen Zellen verbinden und so ein zusammenhängendes Zellennetz bilden. Zwischen diesen befinden sich nach der Mitte des Herdes zu helle, nur von dünnen Zellenausläufern durchsetzte Räume von verschiedener Gröfse, meistens gröfser als die gröfsten Zellen, gewöhnlich von länglicher Gestalt. Ihr Verhältnis zu den vorher erwähnten Spongioplasten ist derart, dafs sie zwischen deren Körpern und Ausläufern liegen, welche diese Räume in kleinere Felder abteilen. In Alkoholpräparaten sind sie ganz hell, ungefärbt und stark lichtbrechend.

Ich kann an dieser Stelle nicht umhin zu betonen, welch grofsen Nutzen mir die Protoplasmafärbungen von UNNA geleistet haben und wie vorzüglich ich dieselben zum Studium des Xanthoms verwerten konnte. Mit ihrer Hülfe war es mir erst möglich, den Bau dieser Spongioplasten, die ich vorher erwähnt habe, zu erkennen, mit ihrer Hülfe bin ich auch erst über den Bau der Geschwülste klar geworden.

Schon die (8) Färbemethode mit Methylenblau und Glycerinäthermischung hatte mir das genaue Bild gegeben, es trat aber noch deutlicher hervor, als ich die folgende Methode benutzt habe:

9. Polychrom. Methylenblau 5—10 Min.
   Wasser.
   Etwas abtrocknen und entwässern in: Alcohol absolutus 20 + Xylol 30 ½—1 Min.
   Xylol.
   Entfärben in Anilin-Alaunmischung (resp. Anilin-Kochsalzmischung).
   Xylol. Balsam.

---

[1] Früher von UNNA Korbzellen, jetzt besser Schaumzellen genannt. (Protoplasmafärbung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIX.)

Die vortrefflichste Methode aber ist folgende:

10. Polychrom. Methylenblau 2 Min.
Wasser.
Rotes Blutlaugensalz (1%) 1—2 Min.
Wasser.
Glycerinäthermischung mit etwas Orange.
Wasser.
Alcohol absolutus. Öl. Balsam.

Bei dieser Färbung habe ich in den vorher erwähnten, ungefärbten Massen zwischen den Zellen sehr kleine Pünktchen gesehen, die ich, da sie sämtliche Protoplasmafärbungen annehmen, als Abkömmlinge des Protoplasmas betrachten muſs.

Um in den Stücken das Fett sichtbar zu machen, welches, wie man schon makroskopisch vermuten kann, im Innern des Knötchens sich befindet, habe ich die Flemmingsche Lösung und die Fettfixationsmethoden von Unna mit nachfolgender Osmierung gebraucht.

Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, daſs reine Osmiumsäurelösungen nicht so gut das Fett osmieren, wie die Lösung von Flemming, obwohl diese letzte weniger (½%) Osmiumsäure enthält. Unna meint, daſs dieser Vorzug der Flemmingschen Mischung darauf beruht, daſs die Chromsäure die Osmiumwirkung genauer auf das Fett beschränkt, indem reine Osmiumsäure auch auf Kollagen, obwohl weniger reduzierend wirkt. Dann fand er, daſs der Zusatz von Alaun (1%) zur Osmiumsäurelösung (1%) sehr gut die Wirkung der Flemmingschen Flüssigkeit vertritt und sie noch übertrifft. Denn sie wirkt schneller, indem sie die Schnitte schon nach zwei (in der Wärme) bis 4—6 Stunden auf dieselbe Weise färbt. Eine wirklich gute Osmierung erreichte er aber, als er nicht nur auf die ganzen Hautstücke, sondern auch auf die einzelnen Schnitte diese Flüssigkeiten einwirken lieſs, nämlich auf Schnitte, die in Flemmingscher Lösung und in Fixationslösungen gehärtet waren.

Nach vielen Versuchen blieb er bei zwei solchen Fixationslösungen stehen: I. Pikrinsäure 1%, Gerbsäure 1%, Salpetersäure 1‰. II. Pikrinsäure 1%, Gerbsäure 1%, Salpetersäure 1‰, Essigsäure 5%, diese besonders für Nerven.

Nach 24 Stunden werden die Stücke ausgewaschen, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Die Schnitte werden dann entweder rasch (in 4 Stunden) in Alaun-Osmiumsäurelösung oder langsam (12 Stunden) in Flemmingscher Lösung osmiert und in Glycerin-Agar eingebettet, da alle Balsame Fett ausziehen.

Da ich die Bedeutung hervorheben will, welche diese Methoden beim Untersuchen auf Fett haben, stelle ich hier der Reihe nach alle auf diese Weise gefärbten Bilder zusammen.

In den Präparaten aus der FLEMMINGschen Lösung sieht man eine grofse Menge Fetttropfen von verschiedener Gröfse. An der Peripherie des Knötchens, wo die Zellen dichter liegen, befindet sich Fett längs dieser, und in ihnen ähnliche konzentrische Bogen wie diese bildend. Diese Tropfen, meist klein, obwohl einige von der Gröfse ganzer Zellen, liegen neben diesen oder in ihnen, ihren Körper erfüllend, besonders dicht an den Polen.

Gegen das Centrum des Herdes sehen wir immer mehr sich vergrösernde Intercellularräume und immer reichlichere Fetttropfen, diese meistens frei liegend. In der Mitte des Knötchens, wo an Alkoholpräparaten nur helle Felder sich befinden, beobachtet man grofse Haufen von Fettkrystallen, garbenförmig zusammenhängend, welche nur schwärzlich grau gefärbt sind. Das Kollagen und die Zellkerne sind durch Chromsäure und Osmiumsäure zusammen leicht gelb gefärbt, so dafs die schwarz gefärbten Fetttropfen von der Umgebung stark abstechen. Hier mufs ich noch bemerken, dafs auch einige von diesen Fettkügelchen nicht ganz schwarz tingiert sind, sondern nur bräunlich schwarz, also auch anders als die Krystalle.

Nach Einwirkung der Alaun-(1%) Osmiumsäure-(1%)Lösung tritt das Fett in derselben Menge und auf dieselbe Weise gefärbt hervor; daneben aber färbt sich das Kollagen durch die Osmiumsäure allein stärker gelb, wobei übrigens die Deutlichkeit des Bildes nicht verliert.

Noch schärfer und in gröfserer Menge sieht man das Fett in Präparaten aus der FLEMMINGschen Lösung, welche als Schnitte in die Alaun-Osmiumsäurelösung auf ein paar Stunden gelegt worden sind. Aufser den früher erwähnten Mengen treten noch sehr scharf kleine Fetttropfen hervor, welche die Ausläufer der Bindegewebszellen erfüllen und dadurch wie diese ein zartes Netz bilden. An diesen Bildern bemerkt man schwarze Massen, homogen oder aus Fetttröpfchen von verschiedener Gröfse zusammengesetzt, welche die verschiedenen Zellengestalten nachahmen und den Eindruck machen, als ob sie Zellenausgüsse mit vielen Ausläufern seien.

Ein ähnliches, auch so grofse Mengen von Fett zeigendes Bild geben die Präparate, auf welche die Fixationslösung von UNNA (No. I) gewirkt hat und deren Schnitte danach in Alaun-Osmiumsäurelösung eingetaucht wurden.

Aus diesen Reihen von Fettbildern geht zur Genüge hervor, dafs man die Methode der sekundären Osmierung nicht genug empfehlen kann, denn sie bringt solche Mengen von Fett zur Anschauung, wie sie bei Härtung ganzer Hautstücke in FLEMMINGS Lösung nicht hervortreten; und die Fixationsflüssigkeiten haben noch den Vorzug, dafs sie die ganze Menge von Fett fixieren, welches sich dann leicht mit Osmiumsäure schwärzt, und dafs sie schnell wirken.

Deshalb sieht man bei sekundärer Osmierung auch bedeutend gröfsere Mengen von Fett in dem das Knötchen umgebenden Gewebe. In den Schichten zwischen den Knötchen und dem Epithel kann man bemerken, wie ganze Streifen von kleinsten Fetttropfen, welche bei stärkerer Vergröfserung in Perithelien und Endothelien, wie auch in Bindegewebsspalten erscheinen, bis zu den kleinsten Gefäfsen in der Papillarschicht hinabziehen.

Diese Fettpräparate habe ich meistens ungefärbt angeschaut, ein besseres Bild aber habe ich bei folgender Färbung (UNNA) erhalten:

11. 1% wäss. Safraninlösung 10—15 Minuten.
Wasser.
Wasserblau-Tanninlösung ein paar Minuten.
Wasser mit etwas Säure.
Alcohol absolutus. Öl. Balsam.

Diese Methode färbt die Kerne schön rot und das Kollagen blau, wodurch sie das Verhältnis des Fettes sowohl zu den Bindegewebszellen in dem Knötchen selbst, wie auch zu den Endothelien der Gefäfse klarlegt.

Aus allen diesen Fettbildern sehen wir, dafs es beim Xanthoma glycosuricum Fette von verschiedener Form und Farbenreaktion giebt: eine Art in Form von Kügelchen verschiedener Gröfse färbt sich mit den vorher erwähnten Methoden tief schwarz, eine kleinere Anzahl von Kügelchen nur bräunlich-schwarz, dritte, ganz andere Art von Fett in Krystallform nur schwärzlich-grau. Deswegen scheint es eine bemerkenswerte Eigenschaft der Osmiumsäure zu sein, dafs sie durch die verschiedenen Fettarten ungleich schnell und stark reduziert wird und dafs diese Intensität der Wirkung von den physikalischen Eigenschaften der Fette abhängt, indem sie die flüssigen Fette rascher und gründlicher, die festen langsamer und weniger stark schwärzt, worauf schon im Jahre 1894 UNNA in seiner Arbeit über die Funktion der Knäueldrüsen[3] die Aufmerksamkeit lenkte.

Während der Bearbeitung dieses Gegenstandes habe ich einen neuen Fettfarbstoff, namens Sudan III, kennen gelernt. Die Bilder, welche ich durch diese Färbemethode an Gefrierschnitten erhalten habe, sind als Übersichtspräparate ganz schön und deutlich, besonders wenn man sie mit Hämatoxylin oder Methylenblau vorfärbt. Ähnliche Bilder habe ich auch beim Färben mit Alkannaextrakt erhalten, aber mit dem Unterschiede, dafs das Fett mehr rötlich gefärbt ist, während es Sudanlösung mehr orangegelb färbt und deshalb scheint das Fett bei dieser letzteren besser hervorzutreten. Hier auch, wie bei der Osmiumsäure sind die Fetttropfen deutlich gefärbt, obwohl sie nicht so scharf, wie in diesen letzteren Präparaten hervortreten, gegen das Centrum des Knötchens ist auch die

[3] *Dtsch. Medizinalztg.* 1894.

Sudanfärbung weniger deutlich, denn dieser Farbstoff färbt die mit Osmiumsäure schwärzlich grau tingierten Fettkrystalle nicht so lebhaft, sondern blasser als die Fetttropfen; man sieht aber die Krystalle ebenso deutlich wie bei Osmiumsäure.

Werfen wir nun einen Blick auf den im bisherigen beschriebenen Gesamtprozefs, so möchte ich besonders die Aufmerksamkeit auf jene hypertrophischen Bindegewebszellen lenken, welche samt dem Kollagen und dem in und zwischen beiden liegenden Fett das ganze Knötchen bilden. Wenn man von sog. „Xanthomzellen" sprechen will, so sind dieses jedenfalls keine besonderen Gebilde, sondern die früher erwähnten, stark vergrößerten und mit Fett erfüllten, gewöhnlichen Bindegewebszellen. Wir haben es also hier zu thun mit einer Proliferation des Bindegewebes ohne Zeichen von Entzündung und mit einer fettigen Metamorphose. Es entsteht aber die Frage, ob es sich um Fettdegeneration oder Fettinfiltration handelt?

Degeneration nimmt man gewöhnlich dort an, wo dieses oder jenes pathologische Produkt, welches den Zellenleib erfüllt, durch Umwandlung der normalen Bestandteile an dieser Stelle entstanden ist; als Infiltration dagegen werden diejenigen Fälle betrachtet, in welchen die betreffenden pathologischen Produkte nicht von vornherein in der krankhaft veränderten Zelle, sondern irgend wo anders entstanden sind. Wir müssen also unter die Bezeichnung „Fettinfiltration" nicht nur die Fälle, in welchen die Zellen fertiges Fett aufspeichern, sondern auch diejenigen, in welchen sie nur die Fettkomponenten aufnehmen, rubrizieren. Da diese Möglichkeit immer vorliegt, so erscheint die Zelle bei der Fettinfiltration in einer ebenso aktiven Rolle wie bei der Fettdegeneration. Die Fettinfiltration steht mithin gewissermafsen auf dem Übergange von der Infiltration zur Degeneration. Deswegen ist die wohl theoretisch richtige Trennung der Fettinfiltration von der fettigen Degeneration faktisch nicht immer durchführbar. Zwar legen die pathologischen Anatomen Nachdruck darauf, dafs bei der Fettinfiltration das Fett in den Zellen in Form von gröfseren Tropfen zu erscheinen pflegt, als das bei der gleichnamigen Degeneration der Fall ist, aber dieselben Autoren verhehlen gleichzeitig nicht, dafs die Initialphasen beider Prozesse von einander nicht zu unterscheiden sind. Der bekannte Umstand, dafs die Möglichkeit einer Kombination beider Prozesse in einer und derselben Zelle zugelassen wird, vergrößert noch die auf diesem Gebiete herrschende Unsicherheit der histologischen Diagnose. Ebenso trägt zur Verwischung der Grenzen beider Prozesse bei, dafs die Kerne, welche bei Fettdegeneration stets einer starken Zerstörung unterliegen, bei fettiger Infiltration auch manchmal sich verändert finden.

Wenn wir jetzt unsere Bilder betrachten, so sehen wir Zellen stark

mit Fett gefüllt, in welchen die Kerne nicht verändert zu sein scheinen. Daneben aber auch grofse Massen von Fett frei zwischen den Zellen liegend, die aus zerrissenen Zellen nach aufsen getreten und in dem Centrum des Knötchens zusammengeflossen sind. Es ist also die gröfste Ähnlichkeit dieses Bildes mit dem von solchen Drüsen vorhanden, deren Sekret in verfetteten Zellen besteht, wie z. B. dem der Talgdrüsen. In diesen gelangen solche Bilder zur Beobachtung, welche denen der pathologischen Degeneration sehr nahe stehen, indem der ganze Zellenleib von Fettkörnchen durchsetzt ist, die Zellmembran aber zunächst noch erhalten bleibt, dann nach dem Centrum der Drüse zu platzt und den Inhalt austreten läfst, selbst aber noch eine Zeit lang nachweisbar bleibt, ein Bild von typischer fettiger Degeneration mit physiologischem Charakter. Auch die verschiedenen Mengen von Fett an verschiedenen Seiten des Xanthomknötchens sprechen für dieselbe Art der Verfettung wie bei den Talgdrüsen.

Hypertrophie von Kollagen und elastischen Fasern habe ich nicht bemerkt; demgemäfs kann ich auch nicht behaupten, dafs ein Schwund dieser Gewebe besteht. Die Talg- sowie auch Knäueldrüsen, die Haarbälge nehmen, wie ich das schon früher erwähnt habe, keinen aktiven Anteil an diesem Prozefs.

Dafs diese Form von Xanthoma von dem Augenlidxanthom verschieden sei, scheint keinem Zweifel zu unterliegen. Wie es am Augenlide klinisch nur etwas an der Oberfläche hervorragende Platten bildet, im Gegensatz zum Xanthoma glycosuricum, das sich als erhabenes Knötchen verschiedener Gröfse darstellt, so finden wir auch histologisch in dem ersten: strangförmige Streifen von Bindegewebe längs der Gefäfse, besonders längs der Lymphgefäfse und neben diesen undurchsichtige Klumpen von verschiedener Form, welche die Osmiumsäure nur sehr langsam bräunlich färbt und welche keine Krystallformen aufweisen; es stellt also ein Bild vor, welches von dem vorher beschriebenen ganz verschieden ist. Ich kann an dieser Stelle nicht urteilen, ob dieser Unterschied nur quantitativ ist, ob diese letztere Form nur einen höheren Grad der ersteren bildet, ich möchte nur betonen, dafs man diese beiden Krankheiten, histologisch wie klinisch, zu unterscheiden allen Grund hat.

Litteratur.

Rayer, Traité des maladies de la peau. 1835.

Addison u. Gull, On a certain affection of the skin. *Guys Hosp.* 1851.

Wilson, On skin diseases. 1863.

Pavy, *Guys Hosp. Rep.* 1866.

Bazin, Molluscum cholestérique. 1869.

Frank Schmidt, On xanthoma of vitiligoidea. *Journ. of cut. med.* 1869.

Virchow, Molluscum lipomatodes. *Virch. Arch.* T. LII. 1871.
Fagge, Two cas of Vitiligoidea. *Transact. of the Path. Soc.* Vol. XIX.
Hutchinson, *Brit. med. Journ.* 1872.
Waldeyer, Xanthelasma palpebr. *Virch. Arch.* T. LIII.
Simon u. Geber, Zur Anatomie des X. palpebr. *Auspitz' Arch.* 1872.
Chambard, Des formes anatom. du X. *Arch. de physiol.* 1879, 1880.
Carry, Contribution à l'étude du X. *Ann. de derm. et de syph.* 1880.
Cazeneuve, Recherches cliniques du X. *Ann. de derm. et de syph.* 1880.
Hertzka, Ein Fall von X. bei Cirrhosis der Leber. *Berl. klin. Wochenschr.* 1881.
Brachet u. Monard (Balzer), Obs. d'un cas de X. en tumeur. *Ann. de derm. et de syph.* 1881.
Morris, X. tuberosum. *Med. Times.* 1882. *The Brit. Journ. of Derm.* 1892.
Stiller, Mit Leberleiden kompliziertes multiples X. *Orvosi Hetil.* 1883.
Schwimmer, Über Hauthorn. *Orvosi Hetil.* 1883.
Eichhoff, Ein Fall von X. plan. et tuber. multipl. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1884.
Totton, Über das X. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1885.
Robinson, X. diabet. und seine Verwandtschaft mit gewöhnl. X. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1885.
Bouchet, Xanthelasma. *Nouv. Dict. de Méd. et de Chir. pr.* 1886.
de Vincentiis, Endothelioma adiposo. *Rivista clinica.* 1887.
Fox, C., X. multiplex. *Westminster Hosp. Rep.* 1887.
Darier, X. diabeticorum. *St. Louis Atlas of skin diseas.* P. II.
Barlow, X. diabetic. multipl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888.
Polyak, X. multiplex. *Wien. med. Presse.* 1888. 30, 31.
Bessier, X. diabeticorum. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1889.
Lehzen u. Knauss, Über X. multipl. plan., tuberos. molluscif. *Virch. Arch.* 1889.
Gallemaerts u. Bayet, Contrib. à l'étude histolog. du X. *Mem. de la Soc. belg. de microsc.* 1889.
Ehrmann, Über multiple symmetr. Xanthelasmen u. Lipome. Diss. 1889.
Radcliffe, X. diabetic. *The Brit. Journ. of Derm.* 1892.
Török, Ein Fall von X. multiplex. *Pester med. chir. Pr.* 1892. — Nachtrag zur Abhandlung über die Natur der X. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1893—94.
Anderson, X. multiplex beim Kinde. *Brit. med. Journ.* 1892.
Hallopeau, Über die Natur d. X. *Prog. méd.* 1893.
Morrow, X. tuberos. *Journ. of cut. diseas.* 1893.
Haslund, X. multiplex. *Hosp. Tid.* 1893.
Frèche, X. tuberosum. *Soc. d. méd. et de chir. de Bordeaux.* 1893.
Johnston, X. diabeticorum. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1894, 1895.
Stout, X. multiplex. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1894.
Sheffield, X. multipl. congenit. *Brit. med. Journ.* 1894.
Schamberg, X. diabeticorum. *Journ. of cut. diseas.* 1895.
Colombini, Pentosurie u. X. diabetic. Aus d. derm. Inst. d. Univ. Siena. 1895.
Gaus, Ein Fall von X. diabetic. *Therap. Monatsh.* 1896.
Walker, N., X. diabetic. *The Brit. Journ. of Derm.* 1897.
James u. Walker, Ein Fall von Diabetes mell. mit X. diabetic. *Scot. med. and surg. Journ. D.* 1897.
Abraham, X. diabetic. *The Brit. Journ. of Derm.* 1897.
de Amicis, X. papulo-tuberculos. multipl. Wiss. Arbeit gew. Prof. Schwimmer.
Toepfer, Ein Fall von X. tuberos. diab. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1897. Bd. 40.

Geyer, Beitrag zur Histologie u. Lehre v. X. tuber. mult. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1897. Bd. 40.
Unna, Über X. diabeticorum. Biolog. Verein in Hamburg. 1898.
Hebra, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.*
Ziemssen, „ „ „
Neumann, „ „ „
Kaposi, „ „ „
Besnier et Doyon (Traduction d. Kaposi).
Unna, *Histopathologie.*

Erklärung der Tafeln.

Figur 1. Neutr. Orcein — Pol. Methylenblau — Glycerinäthermethode. Zeiss. O. 2. Syst. A. Das Verhältnis des in die Cutis eingesprengten Xanthomknötchens zu den kollagenen Bündeln der ersteren. Xanthomknötchen weifs, Kollagenbündel rot.

Figur 2. Saures Orcein. Zeiss. O. 2. Syst. B. Die orceinbraunen elastischen Fasern sind erhalten innerhalb der rarefizierten kollagenen Bündel, vollkommen verschwunden innerhalb der ungefärbten Xanthomknötchen.

Figur 3. Härtung in Flemmingscher Lösung mit nachträglicher Osmierung. Zeiss. O. 2. Syst. A. Kleines Xanthomknötchen mit geschwärztem Fette. Übersichtsbild.

Figur 4. Wie Fig. 3, mit Pikrokarmin gefärbt. Zeiss. O. 2. Syst. D. Die Fettmassen geschwärzt; im Innern des Knötchens Fettkrystalle.

Figur 5. Wie Fig. 3 und 4 und mit Safranin-Wasserblautannin gefärbt. Zeiss. O. 2. Syst. D. Die Fettmassen in den Lymphspalten und Endothelien.

Figur 6. Gefrierschnitt, Sudanfärbung. Zeiss. O. 2. Syst. B. Die Fettmassen gelblich rot gefärbt, die Fettkrystalle grau.

Figur 7. Pol. Methylenblau — R. Blutlaugensalz — Glycerinäthermethode. Zeiss. O. 2. Syst. D. Verschiedene Formen der Bindegewebszellen; die geplatzten Zellen in Form von kleinen Pünktchen.

Figur. 8. Pol. Methylenblau — Alaun — Anilinmethode. Zeiss. Ölimmersion. O. 2. Spongioplasten; einige stark hypertrophische Bindegewebszellen.

Aus der Praxis.

Notiz über Radikalbehandlung zweier Fälle von Lupus vulgaris disseminatus mittelst Guajakolpinselungen.

Von

Dr. Funk-Warschau.

Lupus vulgaris disseminatus, Lupus miliaris bildet zweifellos eine besondere Abart der Hauttuberkulose. Der disseminierte Lupus vulgaris entsteht in akuter Weise:

1. hauptsächlich bei Kindern, und zwar unmittelbar nach Masern, seltener nach Scharlach und Windpocken;

2. in Form von zahlreichen miliaren, an der Hautoberfläche zerstreuten Knötchen.

Die Knötchen wachsen rasch, oft bis zur Erbsengröfse, selten darüber, bleiben aber dann jahrelang unverändert. Nachschübe werden nur ausnahmsweise beobachtet. Die Zahl der Efflorescenzen beträgt meistens 10 bis 50; in manchen Fällen, wie im Falle Leloirs, im Falle Philippsons war die Haut mit anderthalb hundert Lupusknötchen besät. Die meisten Lupusknötchen werden an der Haut der Extremitäten gefunden; die Gesichtshaut ist nur wenig besetzt oder bleibt ganz frei. Einzelne Knötchen sind kreisrund, scharf begrenzt, ältere Knötchen bis erbsengrofs, flächenartig bis $^1/_4$ cm über das Hautniveau erhaben. Die Lupusknötchen sind meistens von charakteristischer gelbbrauner Farbe (Apfelgelée), seltener braunrot oder bläulichrot, oft halbdurchsichtig, an der Oberfläche glatt und glänzend oder auch leicht abschuppend. Einzelne Efflorescenzen bestehen manchmal aus zwei oder drei kleinen Primärknötchen. Die Knötchen des Lupus vulgaris disseminatus exulcerieren nur ausnahmsweise, auch wurde centrale Vernarbung mit peripherem Wachstum nicht oft beobachtet, so z. B. im Falle Du Castels nach jahrelanger Dauer.

Es mögen noch manche Einzelheiten erwähnt werden. So entstand Lupus vulgaris disseminatus in zwei Fällen Haushalters gleichzeitig mit anderen tuberkulösen Prozessen, wie tuberkulösen Gummen, Otitis media, Lymphdrüsenerkrankung. In einem Falle Du Castels sind kalte Abscesse, auch Schwellung der Tracheo-Bronchial-Lymphdrüsen notiert worden.

Auch bei Erwachsenen kommen Fälle von miliarem Lupus nicht sehr selten vor, und zwar ebenfalls mit anderweitigen tuberkulösen Erkrankungen. So z. B. im Falle Besniers erkrankte ein an Lupus miliaris acutus leidendes Mädchen bald an tuberkulöser Neuritis und Meningitis. In meinem eigenen, nicht publizierten Falle besteht ein ausgebreiteter Lupus miliaris corymbosus seit einem Jahre bei einem blassen, 20jährigen Mädchen mit alten indurierten Halslymphdrüsen; bei dieser Kranken sind verkäste Submaxillardrüsen im Kindesalter exstirpiert worden.

Die mikroskopische Untersuchung des miliaren Lupus ergab im Besnierschen Falle (Jacquet) scharf begrenzte, schwarz färbbare, rundzellige Infiltrate. Riesenzellen waren nicht zu finden, auch keine Tuberkelbacillen, jedoch gaben Impfungen am Meerschweinchen (Fälle von Besnier und Haushalter) stets Tuberkulose. Im Falle Danlos und Sabatié fand Leredde intermediäre Veränderungen zwischen dem vulgären und erythematösen Lupus.

Von meinen zwei Fällen von disseminiertem Lupus vulgaris bei Kindern habe ich den ersten in meinem Hospitalambulatorium im Jahre 1897 gesehen. Der 3jährige, gut genährte Knabe erkrankte an seinem Lupus unmittelbar nach Masern. Die Krankheit besteht seit einem Jahre; keine Nachschübe. An Rumpf und Extremitäten sitzen ca. 30 erbsengroſse, derbe, braunrote Knötchen etwa $^1/_4$ cm über dem Hautniveau erhaben. Am Septum cutaneum nasi zwei exulcerierte kleinere Knötchen. Ich verordnete Pinselungen von reinem Guajakol. Nach Verlauf von zwei Monaten sind sämtliche Lupusknötchen verschwunden mit Hinterlassung von seichten weiſsen Narben an sämtlichen früher erkrankten Stellen.

Den zweiten Fall (Helene Jasinska) habe ich in meinem Hospitalambulatorium i. J. 1899 bei einem blassen, gracilen, 3jährigen Mädchen gesehen. Der Ausschlag ist vor einem halben Jahre ebenfalls nach Masern entstanden. Ausgesprochen typische Lupus vulgaris disseminatus-Knötchen, 16 an Zahl, sind an Rumpf und Extremitäten verteilt. Die Knötchen sind bis erbsengroſs, von typischer gelbbrauner Farbe (Apfelgelée), halbdurchsichtig und glänzend, plateauartig erhaben. An der linken Wange eine zehnpfennigstückgroſse, flache Efflorescenz mit narbigem Centrum und typischen Lupus vulgaris-Knötchen an der Peripherie; am Knie eine erbsengroſse Efflorescenz vom Typus des Lupus verrucosus. Ich verordnete Guajakolpinselungen zweimal des Tages. Nach Verlauf von drei Monaten, im Juni d. J. sah ich das Kind wieder: sämtliche typische Lupus vulgaris disseminatus-Knötchen geheilt, an ihrer Stelle seichte weiſse Narben; die letzterwähnten Efflorescenzen an der Wange und am Knie zeigen keine Veränderung.

Diese zwei Beobachtungen zeigen, daſs unter Guajakolpinselungen Lupus disseminatus-Efflorescenzen sicher heilen, insofern sie nicht in anderweitige Abarten des Lupus vulgaris übergehen. In der That ergaben meine Versuche mit Guajakolpinselungen beim vulgären Lupus keine nennenswerten Resultate.

Als sichere Indikation für Guajakolbehandlung erachte ich deshalb nur Fälle von Lupus vulgaris disseminatus bei Kindern, und wahrscheinlich auch bei Erwachsenen.

Guajakolpinselungen bilden eine schmerzlose, denkbar einfache Methode.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 49, Heft 1. 1899.

I. **Beiträge zur Biologie des Gonococcus** (Kultur, Tierexperimente und klinische Beobachtungen über gonokokkenhaltige Abscesse im Bindegewebe), von W. Scholtz-Breslau. Die Versuche des Verfassers, welche er in der vorliegenden Arbeit mitteilt, waren darauf gerichtet, einmal die Kultivierung des Gonococcus zu verbessern und zu vereinfachen, zweitens mittels des Tierexperimentes seine pathogene Wirkung genauer zu studieren und drittens durch eine Reihe klinischer Beobachtungen mit exakten bakteriologischen Untersuchungen die Rolle, die der Gonococcus in der menschlichen Pathologie spielt, mehr als bisher geschehen, klarzustellen. — Die Resultate seiner Beobachtungen und Untersuchungen resumiert Verfasser in folgenden Schlufssätzen: 1. Die besten und zuverlässigsten Gonokokkennährböden bilden Gemische von serösen menschlichen Flüssigkeiten mit Agar resp. Bouillon. Im Vergleich hierzu sind alle sonstigen für Gonokokken empfohlenen Nährböden minderwertig. 2. Auf Tiere — Meerschweinchen, weifse Mäuse und Kaninchen — wirken die Gonokokken nicht infektiös, wohl aber toxisch. Die Giftwirkung tritt am besten bei intraperitonealer Injektion, besonders am Meerschweinchen zu Tage. Die Giftstoffe sind in den Gonokokkenleibern enthalten. Abgetötete Gonokokken in die menschliche Urethra injiziert rufen eine vorübergehende Eiterung hervor. Dasselbe ist aber auch bei Staphylokokken und Pyocyaneus etc. der Fall. 3. Unter Umständen vermag sich der Gonococcus auch im Bindegewebe anzusiedeln und daselbst Entzündung und Eiterung, ja echte Phlegmonen hervorzurufen. Schliefslich wird er in nicht zu seltenen Fällen auch auf dem Lymph- und Blutwege in entferntere Körpergegenden verschleppt und führt zu Endo- und Myocarditis, sowie Metastasen in den Gelenken, Sehnenscheiden und der Haut.

II. **Über Acne urticata**, von Georg Löwenbach-Wien. Verfasser beschreibt einen in Dr. Josephs Poliklinik beobachteten und wohl studierten Fall der seltenen Affektion. Der 35jährige Patient hat früher nie an einer Hautkrankheit gelitten. Im Jahre 1888 acquirierte er eine Scabies und giebt an, dafs im Anschlufs an die Krätzkur sein jetziges Leiden aufgetreten sei, welches ihn seitdem nicht mehr verlassen habe. Die Affektion ist charakterisiert durch im Beginn ganz leicht gerötete, 3—5 mm lange und breite, undeutlich begrenzte, schwach erhabene, harte Quaddeln. Schon vor dem Sichtbarwerden derselben verspürt der Patient an der betreffenden Stelle ein unerträgliches Brennen und Jucken, welches beim Aufschiefsen der Quaddel zwar nachläfst, aber dennoch so stark ist, dafs es zu zahlreichen, das klinische Bild entstellenden Kratzeffekten Anlafs giebt. Die Quaddel vergröfsert sich in den nächsten Tagen peripherisch bis zum Durchmesser von 6—12 mm, während das Centrum abblafst, sich abflacht, unter Bildung einer Kruste einsinkt. Unter Abnahme des Juckreizes fällt die Borke ab und es kommt eine etwas vertiefte weifse, leicht schuppende, zarte Narbe zum Vorschein, die nach einigen Tagen noch mehr einsinkt und weifslich glänzend erscheint. Zahlreiche derartige Narben verleihen der Körperhaut des Patienten ein eigentümliches Aussehen. — Vom Auftreten der ersten Juckempfindungen bis zur völligen Vernarbung einer sich selbst überlassenen Quaddel dauert es 4 bis 6 Tage. Befallen sind von der Affektion die Streckseiten beider Vorderarme, die Streckseite des linken Oberarmes, rechte und linke Axillar-, Supra- und Infraclavicularregionen, der Hals vorn, rechts und links, Nacken, behaarter Kopf und Stirn,

Rücken entlang der Wirbelsäule bis zum Gesäfs, hier besonders um den Anus herum, rechte und linke Inguinalgegend und beide Kniekehlen. Von Interesse ist, dafs bei ganz frischen, unzerkratzten Efflorescenzen inmitten der aufschiefsenden Quaddel ein feines Härchen sichtbar war. Dieser Umstand sowohl, wie das centrale Einsinken und die bleibenden Narben erinnern lebhaft an Acne varioliformis. Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose und setzt an der Hand der einschlägigen Litteratur die Gründe auseinander, welche ihn veranlassen, eine Acne urticata, wie sie Kaposi in seinem Lehrbuch so klassisch beschrieben hat, als vorliegend anzunehmen. Die Acne urticata würde danach zwischen der chronischen Urticaria einerseits und der Acne varioliformis und necrotica andererseits stehen.

Im folgenden wird das Resultat der mikroskopischen Untersuchung sehr ausführlich mitgeteilt. Nach derselben stellt sich der Krankheitsprozefs in den peripherstен Teilen der Efflorescenz dar „als einfaches, in den weniger peripheren als entzündliches und dabei quantitativ enormes Ödem der Cutis, welches im Papillarkörper bis zur Ansammlung freier Flüssigkeit in den Papillenspitzen führt; hierbei kommt es zur Bildung kleinster, subepidermoidaler, makroskopisch nicht wahrnehmbarer Bläschen und zur Emporwölbung der Epidermis.“ — „In der Höhe des Papillarkörpers folgt auf die stark ödematöse Peripherie zunächst eine schmale Zone mit vermindertem Ödem; dementsprechend ist daselbst auch die Epidermis nicht abgehoben und verdünnt, sondern zeigt sich normal breit und in deutliche Horn-, Körner- und Stachelschicht differenziert. Die von dieser schmalen Zone noch weiter central gelegenen Teile, das ganze Centrum der Efflorescenz, zeigt sich als durch den Mangel des Ödems gegenüber der Peripherie eingesunkene, homogene, nekrotische Masse, ohne deutliche Grenze zwischen Epidermis und Papillarkörper, durchsetzt von Fibrin und Leukocyten. In der Mitte der ganzen Efflorescenz wird diese nekrotische Masse durchbohrt von einem Ausführungsgange einer Talgdrüse, deren Drüsenkörper und zugehöriger Haarbalg in der Cutis von einer intensiven Infiltration mit starker Beteiligung polynukleärer Leukocyten umgeben sind.“ — „Diese histologischen Vorgänge stimmen mit dem klinischen Verlaufe der Efflorescenz überein. Dem roten, erhabenen, initialen Pünktchen entspricht mikroskopisch das Ödem und die subepidermoidale Bläschenbildung; dasselbe gilt von der aus dem Pünktchen durch periphere Vergröfserung hervorgehenden Quaddel. Dem eingesunkenen, blassen Centrum mit dem hervorgequollenen Serum an der Oberfläche entspricht der Schwund des Ödems und die mikroskopisch wahrnehmbare Nekrose. Die vorliegende Veränderung erweist sich also als echte Koagulationsnekrose, als croupöse Entzündung.“ — Der Therapie gegenüber hat die Affektion bisher hartnäckig widerstanden.

III. **Perifolliculitis suppurativa und framboesiforme Vegetationen im Anschlusse an Ekzem**, von Alfred Huber-Budapest. Der Verfasser resumiert seine Arbeit folgendermafsen: 1. Es wurde bei einem jungen Mädchen ein hochgradiges, universelles Ekzem beobachtet, zu dem sich als Komplikation eine Perifolliculitis suppurativa und framboesiforme Vegetationen hinzugesellten. 2. Die im Anschlufs an das Ekzem entstandenen Folliculitiden und Vegetationen sind wahrscheinlich durch Eitermikrobien hervorgerufen worden bei einem dazu prädisponierten Individuum. 3. Die Elementarläsion der Komplikation ist eine Perifolliculitis pustulosa; aus dem Zerfall dieser und durch kreisförmiges Zusammenfliefsen mehrerer solcher Efflorescenzen sind die späteren Vegetationen entstanden. 4. Die Prognose der Komplikation ist — insofern man aus dem klinischen Verlauf eines einzigen Falles Schlüsse zu ziehen berechtigt ist — unbedingt gut zu stellen. 5. Die Vegetationen besitzen, sich überlassen, eine unbeschränkte Vermehrungsfähigkeit, regelrecht (antiseptisch) behandelt, heilen sie aber fast spurlos im Verlaufe der kürzesten Zeit ab.

IV. **Zur Kenntnis des venerischen Bubo und des Buboneneiters**, von C. Adrian-Strafsburg. Den Beobachtungen und Versuchen des Verfassers liegen 25 Bubonenfälle der Strafsburger Universitätsklinik für Hautkrankheiten zu Grunde. Zur Erlangung eindeutiger Resultate bei der Untersuchung der Buboeiter-Deckglaspräparate ist unbedingt erforderlich: 1. Die Untersuchung auf absolut neuen und peinlichst gereinigten Deckgläschen und Objektträgern; 2. möglichst baldige Lufttrocknung des Präparates, durchziehen durch die Flamme und Färbung samt Entfärbung, um das Mitfärben von event. aus der Luft hineinfallenden noch so spärlichen Keimen, die die Resultate der mikroskopischen Untersuchung beeinträchtigen könnten, zu verhindern; 3. peinliche Reinhaltung der zuvor überdies filtrierten Färbeflüssigkeit; 4. lange andauernde, sorgfältigste mikroskopische Untersuchung des fertig gestellten Präparates. — Die Färbung der Deckglaspräparate geschah nach der von Unna angegebenen Methode mit stark alkalischem Methylenblau und Entfärbung mit Glycerinäthermischung, die der Gewebsschnitte (nach Härtung in Alkohol oder besser in Formol und Einbetten in Celloidin) ebenfalls nach der von Unna angegebenen Methode mit polychromem Methylenblau und Entfärbung mit stark verdünnter Glycerinäthermischung. — Zur Sporenfärbung wurde sowohl Anilinwasserfuchsinlösung von Ehrlich, als auch Ziehlsches Karbolfuchsin in der Hitze benutzt, Entfärben in 3%igem Salzsäure-Alkohol und Nachfärbung in kalter, wässeriger Methylenblaulösung. — Der Verfasser giebt im folgenden eine tabellarische Übersicht über die 25 Fälle. Nimmt man als Mafsstab der Virulenz des Bubo das Chankröswerden desselben an, so befanden sich unter den 25 Fällen 13 virulente und 12 nicht virulente Bubonen. — Was den Bacillenbefund im frisch entleerten Buboeiter betrifft, so konnte Verfasser mit grofser Regelmäfsigkeit im ganzen sehr spärlich verschiedene Arten von Bakterien auffinden, welche tinktoriell und zum Teil kulturell untereinander verschiedene Formen darstellen. Am zahlreichsten vertreten sind die Stäbchenformen, bald kürzere und dickere, bald schlankere, in Haufen und längeren Ketten dicht aneinandergereiht, ferner Stäbchen mit homogener und solche mit Doppelpunktfärbung. Alle Stäbchenformen entfärben sich nach Gram und zeigen nie Sporenfärbung. Neben diesen Stäbchenformen findet man im Buboeiter Kokken- und Diplokokkenformen verschiedener Gröfse, gröfser als die Stäbchen, aber in weit geringerer Anzahl. Sie entfärben sich sämtlich nicht nach Gram. Solche Kokken, Diplokokken und Stäbchenformen findet man auch in dem Eiter der Inokulationspustel. — Auf Grund seiner Befunde glaubt Verfasser, dafs man nicht berechtigt sei, eine Pleomorphie des Streptobacillus anzunehmen. Vielmehr handelt es sich um zwei oder mehrere verschiedene Bakterien; resp. es findet eine Symbiose verschiedener Mikroorganismen in der Bubohöhle statt. Auch in der Impfpustel kann, wie Verfasser an einem Falle sich überzeugte, eine Symbiose der Streptobacillen mit Eitererregern vorkommen. (Fortsetzung folgt.)

V. **Zwei Fälle isolierter blennorrhoischer Erkrankung paraurethraler Gänge**, von Max Reichmann-Chicago. Verfasser beschreibt zwei Fälle aus Prof. Picks dermatologischer Klinik. Im ersten Falle bemerkte der 26jährige Patient 14 Tage nach dem Coitus ein Geschwür an der Unterseite seines Penis, das beständig Eiter secernierte. Die Untersuchung ergab in der ventralen Medianlinie des Penis ca. 1 cm vom Präputialrand ein erbsengrofses Infiltrat, das eine kraterförmige Öffnung zeigte und sich in einem ca. 2 cm langen, 3 mm dicken, derben Strang fortsetzte. Der letztere endigte in einem kleinen derben Knoten. Aus der Öffnung liefs sich ein Sekret exprimieren, welches zahlreiche meist intracellulär gelegene Gonokokken enthielt. Aus der Urethra war kein Sekret zu erhalten. Der Morgenurin war völlig klar und frei von Fädchen. Der ganze Gang wurde unter Schleichscher Anästhesie

exstirpiert und der Patient nach acht Tagen als geheilt entlassen. — In dem ersten wie in dem zweiten vom Verfasser beschriebenen Falle handelt es sich um eine isolierte Erkrankung von paraurethralen Gängen. Zur Erklärung dieser relativ seltenen Erscheinung kann man annehmen, dafs während der Kohabitation zwar Trippersekret in das Lumen des Ganges und auch in die Urethra gelangt sei, dafs es aber wahrscheinlich, wie Finger dies hervorhebt, durch unmittelbar nach dem Coitus erfolgtes Urinieren alsbald aus der Harnröhre mechanisch entfernt wurde, während andererseits die Virulenz der Gonokokken so herabgesetzt war, dafs sie erst nach längerem Verweilen der letzteren im Gange ihre Wirksamkeit entfalten konnte.

VI. **Zur Histologie des Naevus sebaceus**, von Victor Bandler-Prag. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle, von denen der erste einen 26jährigen Juristen betraf, der seit seiner frühesten Jugend auf der rechten Stirnhälfte nahe der Schläfe einen braunroten, aus einzelnen hirsekorngrofsen Efflorescenzen sich zusammensetzenden Tumor zeigte. Derselbe war ca. 3 cm breit, 4 cm lang, von elliptischer Gestalt, etwas unebener Oberfläche. Die einzelnen Efflorescenzen hatten im Centrum eine leichte Delle. Der Patient hatte gleichzeitig ein grofses substernales Struma, das von Prof. Wölfler operiert wurde. Um dieselbe Zeit wurde auch auf Wunsch des Patienten der Tumor an der Stirn excidiert. — Die histologische Untersuchung in diesem wie in dem zweiten, dem ersten sehr ähnlichen Falle ergab als wesentlichsten Befund eine kolossale Entwickelung von Talgdrüsen normaler Struktur. Es handelt sich in beiden Fällen um scharf begrenzte, streng halbseitige, kongenitale Neubildungen, die von Talgdrüsen ausgehen und sich sowohl makroskopisch wie mikroskopisch als Naevi darstellen. Die von Jadassohn für derartige Geschwülste vorgeschlagene Bezeichnung „Naevi sebacei“ erscheint dem Verfasser für die vorliegenden Fälle als die passendste.

VII. **Einige Worte über die Behandlung mit Quecksilbersäckchen**, von E. Welander-Stockholm. Verfasser wendet sich im vorliegenden Aufsatze hauptsächlich gegen Schusters Schlufsfolgerungen, zu welchen dieser bei der Nachprüfung der Behandlung mit Quecksilbersäckchen gelangt war, nämlich dafs bei dieser Behandlung nur eine unbedeutende Hg-Absorption stattfinde, und dafs Welanders Behandlungsmethode in therapeutischer Beziehung minderwertig sei. Verfasser hält Schusters Untersuchungsmaterial von nur drei Fällen nicht für beweiskräftig genug. Trotzdem glaubte er Kontrolluntersuchungen ausführen zu müssen, in der Erwartung, vielleicht ebenfalls auf einen Fall zu stofsen, bei welchem das Quecksilber unter der Säckchenmethode nicht absorbiert würde. Zwölf Fälle sowohl aus dem Krankenhause, wie aus der Privatpraxis des Verfassers wurden daraufhin der Säckchenbehandlung unterworfen. Bei allen hat eine kräftige Hg-Absorption stattgefunden. Was die Remanenz des Quecksilbers im Organismus nach beendigter Behandlung mit dem Säckchen betrifft, so fand Verfasser bei zwei daraufhin untersuchten Fällen mehrere Wochen nach Beendigung der Säckchenbehandlung im Urin der beiden Patienten noch eine grofse Menge Quecksilberkügelchen. Auf Grund dieser neuen Ergebnisse, welche die früheren, von einem gröfseren Krankenmaterial erhaltenen, nur bestätigen, glaubt sich Verfasser nach wie vor zu der Behauptung berechtigt, dafs bei der Säckchenbehandlung eine schnelle, kräftige, nachhaltige Hg-Absorption stattfindet, mit der dann die rasche therapeutische Wirkung auf die syphilitischen Produkte, wie Verfasser an einer Reihe von Fällen beobachtet hat, Hand in Hand gehen würde. Gerade die täglich wachsende Erfahrung, dafs die Säckchenbehandlung wirklichen therapeutischen Wert hat, ist der Grund gewesen, weshalb Verfasser diese Anmerkungen gegen Schusters Aufsatz machen zu müssen glaubte.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1899. Heft 6.

Über die Natur des Erythema induratum, von Georges Thibierge und Paul Ravaut. Seit Bazin, der zuerst das Erythema induratum beschrieben hat, hat sich über diesen Gegenstand eine umfangreiche Litteratur angesammelt, ohne dafs es bis jetzt gelungen wäre, eine Verständigung über die nosologische Bedeutung des Erythema induratum in seiner ulcerierten (Hutchinson) und seiner nicht ulcerierten Form herbeizuführen. Die Verfasser haben nun an drei Fällen, die, wie immer, junge Mädchen betrafen, Biopsien vorgenommen und kommen auf Grund ihrer histologischen Befunde zu sehr bemerkenswerten Ergebnissen. Die einzelnen Knötchen des Erythems sind nicht mit der Haut, wohl aber mit dem umgebenden Zellgewebe fest verwachsen. Beim Durchschneiden eines Knötchens entleert sich eine fettige Flüssigkeit und man erkennt schon mit bloſsem Auge, dafs hellere sklerotische Streifen den Tumor nach allen Richtungen durchziehen. — Diese Streifen bestehen aus Bindegewebe und aus embryonalen Zellen, die sich um ein mehr oder minder stark verändertes Gefäfs herumlagern. Die Gefäfse bilden den Ausgangspunkt der ganzen Erkrankung, denn sie sind sämtlich mehr oder weniger pathologisch verändert. Was die sklerotischen Streifen noch besonders auszeichnet, das ist die Anwesenheit von Riesenzellen mit 8—10 Kernen, die teils den Gefäfsen anliegen, teils unter den umgebenden Embryonalzellen sich befinden. Unter dem sonstigen Inhalt des Knötchens sind endlich noch zahlreiche epithelioide Zellen bemerkenswert. Tuberkelbacillen liefsen sich in keinem der Präparate nachweisen, doch war die Impfung in einem Falle erfolgreich, indem das betreffende Meerschweinchen tuberkulös zu Grunde ging. — Auf Grund dieses Befundes halten die Verfasser das Erythema induratum für tuberkulöser Natur und schlagen für das einzelne Knötchen die Bezeichnung „Tuberkulom" vor. Mit dieser Auffassung stimmen auch, wie weiter gezeigt wird, die klinischen Thatsachen sehr gut überein. Besonders auffallend erscheint die Analogie zwischen dem Erythema induratum und dem tuberkulösen Gumma, während ihre unterscheidenden Merkmale nur nebensächlicher Natur sind. Stöfst man doch zuweilen bei einem Erythema induratum auf dermo-hypodermatische Knötchen, die man aufserhalb dieser Nachbarschaft anstandslos für tuberkulöse Gummata erklären würde.

Türkheim-Hamburg.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1899. Heft 5—6.

I. **Die Urethritis blennorrhoica der kleinen Knaben**, von Georges Bogdan und Victor Imerwol-Jassy. Die Blennorrhoe der kleinen Knaben scheint häufiger zu sein, als man im allgemeinen anzunehmen geneigt ist. Die Verfasser teilen 14 Beobachtungen mit, in denen der Ausfluſs zwölfmal mikroskopisch untersucht wurde und jedesmal Gonokokken enthielt. Die 14 Fälle betrafen Kaben im Alter von 1½—14 Jahren; sieben waren nur bis zu 4 Jahren alt. Der Verlauf der Krankheit war der nämliche wie bei Erwachsenen, nur mit dem Unterschiede, dafs der kindlichen Blennorrhoe bei vorhandenem Präputium eine Balanitis voraufgehen kann. Die bekannten Komplikationen des Trippers: Epididymitis, Cystitis u. s. w. bleiben auch im Kindesalter nicht aus. Die Behandlung weicht von der üblichen bei erwachsenen Personen nicht ab. Die Ätiologie ist teils die gewöhnliche durch den Coitus, sei dieser nun freiwillig oder erzwungen; teils kommt der Tripper auf indirektem Wege zu stande, indem die kleinen Kinder z. B. bei ihren blennorrhoischen Müttern schlafen. Für den Gerichtsarzt ist die Kenntnis dieser Thatsache von

Wichtigkeit; die Anwesenheit von Gonokokken in der Urethra eines kleinen Knaben berechtigt für sich allein noch nicht, auf ein Stuprum zu schliefsen.

II. **Beitrag zur Histologie des Unterschenkelekzems und der Dermitis varicosa eccematiformis**, von MENAHEM HODARA-Konstantinopel. Bei der Dermitis varicosa kommen Veränderungen vor, die sehr leicht ein Eccema varicosum vortäuschen können, während sie sich doch histologisch himmelweit von diesem unterscheiden. Der fleifsige Autor hat beide Formen einer gründlichen mikroskopischen Untersuchung unterworfen und teilt seine Ergebnisse in der vorliegenden Abhandlung mit. — Bei Ekzem handelt es sich nach ihm hauptsächlich um ein intercelluläres Ödem; daneben besteht Status spongiosus, Bildung kleiner mikroskopischer, intercellulärer Bläschen, Akanthose, Parakeratose und Umwandlung der ödematösen Stachelschicht entweder in eine desquamierende, parakeratotische Hornschicht oder in eine morokokkenhaltige Kruste, in der die abgeplatteten Kerne erhalten sind. — Bei der Dermitis varicosa eccematiformis dagegen ist das Ödem intracellulär, Status spongiosus, Akanthose und intercelluläre Vesikeln fehlen gänzlich. Zwar hat auch hier eine Umwandlung der ödematösen Stachelschicht in eine parakeratotische Hornschicht statt, aber Morokokken sind auf ihrer Oberfläche nicht vorhanden. An seinen Präparaten beobachtete H. nur eine trockene Desquamation der Epidermis. Das den Klinikern bekannte Nässen der Oberfläche einer varikösen Dermitis rührt aber wahrscheinlich von dem stark ausgesprochenen intracellulären Ödem her, hat also eine ganz andere Ursache als das Nässen beim Ekzem. — Schliefslich erstreckt sich der Unterschied zwischen Dermitis varicosa und Ekzem auch auf die Histopathologie der Cutis; bei ersterer sind hier namentlich die Venen varikös erweitert, dazu gesellen sich lymphatisches Ödem mit seinen Folgezuständen und entzündliche Gewebsveränderungen, die schliefslich zur Atrophie führen. *Türkheim-Hamburg.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band III, Heft 4. (Juli 1899.)

1. **Zwei Fälle von primärem Prostatacarcinom**, von BOLTON BANGS. Verfasser berichtet zwei Fälle von Krebs der Vorsteherdrüse bei einem 59- und einem 56jährigen Manne. Die Diagnose auf primäres Carcinom erhärtet BANGS nur durch die Thatsache, dafs während längerer vorhergehender ärztlicher Beobachtung der Kranken nirgends anderswo in einem Organe krankhafte, auf Carcinom deutende Erscheinungen zu bemerken gewesen sind. Die Dauer des Leidens vom ersten Auftreten der Krankheitssymptome bis zum Exitus letalis, der im ersten Fall durch das inoperable Carcinom direkt, im zweiten Fall mit durch die operative Entfernung des Tumors eintrat, war 1½ Jahr im ersten Fall, während sich bei dem zweiten Herrn, der seit sieben Jahren an Harnröhren- und Blasenbeschwerden gelitten hatte, der Beginn des letalen Leidens nicht genau feststellen liefs. Interessant war im Fall 2 die Fehldiagnose Blasenstein, die sich erst bei der Cystotomia suprapubica herausstellte. Auf dem Tumor hatten sich starke Phosphatablagerungen gebildet, die die Steinsonde getroffen hatte. Der Eindruck der Beweglichkeit des Steines, den sogar der untersuchte Patient empfing, hatte das dem Drucke der Sonde nachgebende morsche Gewebe, dem die Phosphatsalzschicht aufgelagert war, hervorgerufen.

2. **Ein Fall von Ichthyosis nigricans**, von OHMANN-DUMESNIL-St. Louis. Ichthyosis nigricans ist eine noch in ätiologisches Dunkel gehüllte Affektion. Viele Autoren haben sich Mühe gegeben, den Grund für die schwarze Verfärbung der Hornkegel dieser Ichthyosis zu finden. Aber alle Erklärungsversuche sind ungenügend. Während LESSER die Schwarzfärbung durch Einlagerung von zahlreichen Pigment-

partikelchen in die Hornkegel erklärt, findet MoCall Anderson die Ursache in äufseren Verunreinigungen; Piffard giebt sowohl letzteren wie einer Pigmentdeposition Schuld. Naylor glaubt, nachdem er in den veraschten Hornbildungen Eisen, Kalk, Magnesia, Kohlensäure und Salzsäure gefunden hat, diese eventuell verantwortlich für die Färbung machen zu müssen. Nach den Erklärungsversuchen des Verfassers sind verschiedene anorganische Salze in den Epithelzellen vorhanden, die bei längerer Einwirkung der Luft schwarze Färbung annehmen.

3. **Gummata und Sclerosis redux**, von Anthony-Chicago. Verfasser weist darauf hin, wie häufig tertiär-syphilitische Prozesse, besonders aber zerfallende Gummiknoten zu Fehldiagnosen Veranlassung geben, und führt dafür einige sprechende Beispiele an — ein Beleg für Fourniers Ansicht, der diese Periode der Lues die Syphilis ignorée nennt. Sämtliche angeführten Fälle beweisen auch, dafs sich diese Gummen mit Vorliebe an Stellen entwickeln, die irgend ein Trauma erlitten haben. Hutchinson hat bekanntlich die syphilitische Reinfektion als etwas gar nicht so extrem Seltenes erklärt. Gegenüber den von ihm und seinen Anhängern gesammelten 52 Fällen erklären die Franzosen die grofse Mehrzahl dieser angeblichen neuen Sklerosen für einfach reindurierte alte Schanker — Chancre redux. (Fournier 1868.) Leloir erklärte diese Prozesse hingegen für tertiäre Symptome, die eher die Bezeichnung Syphilomes chancriformes verdienten. Verfasser führt einige ausführliche Krankengeschichten an und stellt sich auf einen Leloir sehr nahe kommenden Standpunkt bezüglich der Natur des sogenannten reindurierten Schankers. Anthony glaubt, dafs gewisse Loci minoris resistentiae, wie sie z. B. eine Balanitis, Herpes oder andere Reizzustände bilden, mit Vorliebe zum Sitze gummöser Prozesse werden, die bei einiger Induration und geringem Zerfall leicht für einen Schanker redux oder gar für Reinfektionsschanker gehalten werden können. Letzterer läfst sich allerdings bei fehlenden Drüsen- und Allgemeinsymptomen schon besser ausschliefsen. Zur Differentialdiagnose kann man auch das Mikroskop heranziehen. Die beschriebenen Prozesse enthalten Riesenzellen, wie zuerst Unna nachgewiesen hat. Diese kommen aber bei Schankern nicht vor.

4. **Harnröhrenentzündung — Tripper**, von Moehlau-Eddy (New Mexico.). Der Artikel, soweit er sich im vorliegenden Hefte vorfindet, bringt nichts Neues. Er ist eine gedrängte summarische Übersicht über die Pathologie, Anatomie und Klinik des Trippers und seiner Komplikationen und liest sich wie ein Kapitel aus einem Kompendium der Urologie für Anfänger.

5. **Ein Fall von Dermatitis pilaris capillitii**, von Dyer-New Orleans. 32jähriger Neger mit ausgesprochener typischer Entwickelung der bekannten sykosiformen Pusteln am Nacken und Hinterhaupt mit weitreichender Zerstörung der Haarpapillen und teilweiser keloidartiger Narbenbildung. Beginn der Affektion im Anschlufs an eine Verbrennung des Hinterkopfes. Therapie: Thermokauterisation mit dem Paquelin.

6. **Dermatologische Instrumente**, von Mac Donald-Washington. Verfasser bespricht mehrere Apparate, die mehr fürs physiologische Laboratorium wie für den praktischen Dermatologen Wert haben. 1. Einen Kinesimeter nach Scripture und Fitchener, um das Gefühl für Bewegungen auf der Haut zu messen. 2. Einen Druckmesser für die Haut nach Scripture, der den geringsten, eben spürbaren Druck für die Haut der Stirn, Schläfe und Rücken des Unterarms auf 2 mg für Nase und Kinn auf 5 mg und für die Innenfläche der Finger auf 15 mg (im Durchschnitt) angiebt. 3. Das Haarästhesiometer des Leipziger Physiologen von Frey, um feinsten Druck auf die Haut zu messen. 4. Eulenburgs Barästhesiometer, zum gleichen Zwecke konstruiert für stärkeren Druck. 5. Ein dynamometrisches Ästhesiometer nach Verdin, mit dem sich die verschiedenen Grade der Druckempfindlichkeit an zwei verschie-

denen Punkten messen lassen. 6. Ein Algometer nach Chéron. Eine Scala zeigt an, wie tief eine konische Spitze in die Haut eindringen muſs, um Schmerz zu erzeugen. 7. ein Thermästhesiometer von Eulenburg zur Angabe feinster Wärmeempfindungsdifferenzen. 8. Ein Ästhesiometer, um die Thätigkeit zu messen, zwei berührte Punkte auf der Haut mittelst des Tastsinns wahrzunehmen. 9. Ein Algometer nach MacDonald für Messung des Drucks, der nötig ist, um im Temporalmuskelgebiet Schmerz oder Unbehagen zu erzeugen. — Die kurz angeführten Resultate sind von zu speziellem Interesse, um hier Erwähnung finden zu können.

7. **Kombinierter perinealer und hoher Blasenschnitt,** von William P. Munn. Verfasser schlägt die Vereinigung des Dammschnittes und der Crystotomia suprapubica bei Tumoren der Blase und Prostata vor. Er führt zwei einschlägige Krankengeschichten an.

8. **Die Bottinische Operation,** von Downes-Philadelphia. Von allen Methoden zur Behandlung der Prostatahypertrophie ist Bottinis Operationsweise die beste. Auf Orchidektomie gehen viele Kranke nicht ein. Dabei ist hier wie bei der Vasektomie die Mortalität groſs, dabei das Heilresultat nicht gewiſs. Prostatektomie als eingreifende Operation hat natürlich noch höhere Mortalitätsziffern aufzuweisen. Die neuerdings (cfr. Artikel 7) vorgeschlagene Verbindung des Damm- und hohen Blasenschnitts für solche Fälle verspricht nur dann Erfolg, wenn sie sehr zeitig, vor dem habituellen Gebrauch des Katheters und vor dem Auftreten der üblichen Cystitis vorgenommen wird. Bottini kauterisierte die Prostata zum ersten Mal im Oktober 1875; unter 57 Fällen von Operation waren zwei Todesfälle. Später konstruierte B. statt seines Cauterizatore prostatico den Incisore prostatico, den Freudenberg-Berlin verbesserte. Zur Erläuterung des Vorzugs der trefflichen Operationsmethode führt Verfasser eine Krankengeschichte an. Es handelt sich um einen 71jährigen Herrn, der infolge Infektion nach Selbstkatheterismus wegen Prostatahypertrophie stark fieberhaft an Cystitis erkrankt und äuſserst geschwächt war. Die Operation, welche von bestem Erfolge begleitet war, erfolgte nach vorhergegangener Applikation einer sterilen 2%igen Kokainlösung (30 g) auf Prostata und intravesikal. Nach Willy Meyer, der an 13 Kranken 15mal nach Bottini operierte, kam darauf ein Todesfall; Henry Morton operierte 5mal erfolgreich ohne Zwischenfall. Aus der Mortalitätsstatistik sollte man stets die Allgemeinnarkosen herausgreifen, überhaupt, wo angängig, nur mit Kokain vorgehen.

9. **Einige Bemerkungen über Tripperbehandlung,** von Wynkoop-Syracuse. Verfasser verbietet beim Tripper auch Thee, Kaffee und Rauchen.

10. **Papillome am After,** von Middleton-Pontiac. Ein Insasse eines Gefängnisses, der sexuell pervers veranlagt war, zog sich Papillome am After durch Coitus analis, zu dem er einen Mitsträfling überredet hatte, zu. Operative Entfernung mit ihren Schmerzen, sowie die vorher erduldeten heftigen Defäkationsbeschwerden hinderten den Kranken nicht am sofortigen Rückfall in die alte Perversion, sobald die Wunden geheilt waren.

11. **Behandlung der Harnverhaltung bei Hypertrophia prostatae,** von Christian-Philadelphia. Die Abhandlung bringt nichts Neues. Verfasser legt mit Recht sehr viel Wert auf die Sterilität der Instrumente; die Art jedoch, wie er selbst die Katheter reinigen läſst, scheint dem Referenten noch recht der Verbesserung bedürftig.

12. **Sekundäre Hauttuberkulose,** von Kennedy-St. Louis. Sekundäre Hauttuberkulose oder Scrophuloderma kommt zu 90% über den Cervicaldrüsen vor; besonders befallen werden Kinder. Der Prozeſs ist stets ein chronischer. Weitere Besprechung bringt klinisch und therapeutisch nichts Neues. *Hopf-Dresden.*

Bücherbesprechungen.

An Introduction to Dermatology, von NORMAN WALKER. (Bristol, 1899. John Wright and Co.) Der Verfasser des vorliegenden Werkes ist Dozent für Dermatologie zu Edinburgh. Das Buch ist eine aufserordentlich verdienstliche Arbeit. Wie schon aus der Vorrede ersichtlich ist, kam es dem Autor nicht so sehr darauf an, eine umfassende Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten zu geben, als vielmehr die Dermatologie in dem Umfange, wie es der Student und der allgemeine Praktiker braucht, unter Weglassung ganz seltener und geringerer Betonung der weniger häufig vorkommenden Erkrankungen der Haut zu behandeln. Die Einteilung des Stoffes erhellt am besten durch Anführung der Kapitelüberschriften. Die Klassifikation WALKERS unterscheidet sich wenig von der durch UNNA in seiner *Histopathologie der Haut* angegebenen. Dieser Teil der Lehrbücher ist ja bekanntlich derjenige, der am meisten Kopfzerbrechen macht. Jedes System hat eben seine Fehler. Das gilt für eins mehr wie für andere. Im grofsen und ganzen kann man ja sagen, dafs sich die Systematisierung der Hautkrankheiten seit WILLAN fortlaufend geklärt hat. In HEBRAS System war ja für eine Zeit das beste gefunden. Die Franzosen entziehen sich all diesen Schwierigkeiten, indem sie einfach, wie BROCQ es in seinem umfangreichen Lehrbuch gethan hat, die Dermatosen nach dem Alphabet anführen und besprechen. WALKERS Einteilung ist also folgende: Sekretionsanomalien (Pruritus, Anästhesie, Dermatalgie, Hyperidrosis u. a.). Cirkulationsanomalien (Angioneurosen, Hämorrhagien — Purpura, Pediculosis corporis [! d. Ref.]). Traumatische Entzündungen (Dermatitis venenata, medicamentosa, arteficialis und professionelles Ekzem). Neurotische Entzündungen (Erythema nodosum, Iris, multiforme, Peliosis — Prurigo, Hydroa — Dermatitis herpetiformis, H. gravidarum, H. vacciniforme — Pemphigus, Herpes). Infektiöse Entzündungen. Hier unterscheidet WALKER Entzündungen der oberflächlichen Epidermis — Hautkatarrh (Scabies, Cheiropompholyx, Miliaria, Impetigo contagiosa, Pediculosis capitis et pubis, Ekthyma und Ekzem, Seborrhoe, Psoriasis, Pityriasis rosea, rubra und Ichthyosis), Entzündungen der tiefen Epidermis (Drüsen und Follikel) wie Akne, Sykosis, Favus, Trichophytie, Alopecia areata, Nagelleiden und Lichen planus, Entzündungen des Coriums serofibrinöser Natur — Erysipel, purulenter Natur — Furunkulosis, nekrotisierenden Charakters — Anthrax, Malleus, Aktinomykose und granulomatös — Rhinosklerom, Mykosis fungoides, Tuberkulose, Lepra, Syphilis. Neubildungen maligner Natur (Carcinom u. s. w., Xeroderma pigmentosum) und benigner Natur (u. a. Molluscum, Keloid, Clavus, Angiokeratom, Xanthom). Regressive Veränderungen (Lupus erythematosus, Skleroderma). Hautmifsbildungen (Hyperkeratosis congenitalis, Hypertrichosis). Saprophyten (Pityriasis versicolor, Erythrasma) und Pigmentanomalien. Der Klassifikation geht eine kurze, übersichtliche Besprechung des diagnostischen Verfahrens und des dermatotherapeutischen Arzneischatzes voraus. Dem Werke sind eine Reihe Druckbilder und zum Teil kolorierte Tafeln beigegeben. Während erstere, besonders soweit sie histologische Bilder wiedergeben, deutlich ausgeführt sind, wechseln bei den gröfseren Abbildungen gute Reproduktionen mit sehr mangelhaften ab. Vorzüglich gelungen erscheinen besonders Erythema nodosum, Scabies, Impetigo contagiosa und Acne indurata, während bei Erythema bullosum, Pityriasis rosea, Lichen planus und Lupus vulgaris der Teint, bei Psoriasis dieser und die ganze Form des

Prozesses nicht sehr gelungen erscheinen. Von den photographischen Platten sind einzelne dagegen ganz vorzüglich, wie Platte IV von Herpes zoster, Molluscum fibrosum, Keloid, Aktinomykose und Vitiligo. Andere, wie Lepra maculo-anaesthetica, Psoriasis, Kerion, Ringworm und Platte V von Herpes zoster sind nur dem Eingeweihten erkenntlich. Die einzelnen Kapitel des von einem frischen Geiste durchwehten Buches hier zu besprechen, würde zu weit führen. Anführen möchte ich nur Walkers Ekzemdefinition: „Ekzem ist eine Bezeichnung, die man allgemein für nässende oder schuppende Hautentzündungen anwendet, deren Natur und Ursache dem Beobachter unbekannt ist." *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Tuberkulose.

Skrophulosis und Soolbäder, von Vollmer. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1899. No. 26.) Verfasser faßt die Skrophulose nicht schlichthin als Tuberkulose auf; für ihn ist sie (nach Birch-Hirschfeld) eine Konstitutionsanomalie, welche sich darin äußert, daß die Gewebe auf verhältnismäßig geringe schädliche Einwirkung hin zu Veränderungen von entzündlich-hyperplastischer Natur angeregt werden, denen geringe Fähigkeit zur Ausgleichung durch Resolution etc. zukommt, die dazu eine starke Neigung zu Recidiven besitzen, bei denen namentlich aber Tendenz zu rückgängiger Metamorphose und im Anschluß daran Entwickelung von lokaler und allgemeiner Tuberkulose hervortritt. Entsprechend dieser Definition befürwortet Verfasser neben sorgfältiger lokaler Behandlung, guter Ernährung, vor allem die Anwendung der Soolbäder und der Balneotherapie überhaupt, und teilt die guten Resultate mit, die im Kreuznacher Victoriastift erzielt wurden. *F. Hahn-Bremen.*

Tuberculosis multiplex subcutanea, von Jadassohn. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1899. No. 5.) Bei einer 60jährigen, sonst, soweit wenigstens konstatierbar, von Tuberkulose freien Frau traten vor Monaten an verschiedenen Körperstellen ganz tief im subcutanen Gewebe ziemlich scharf umschriebene, sehr derbe, wenig empfindliche, erbsen- bis haselnußgroße und größere Knoten auf, über denen die Cutis zunächst unverändert war. KJ blieb ohne Erfolg. Die Knoten entwickelten sich in Wochen, verwuchsen mit der Cutis, perforierten diese mit einer kleinen Fistelöffnung; nirgends spontane Rückbildung. Der histologische Befund eines kleineren Knötchens ergab ein tuberkuloseähnliches Bild; drei mit ausgekratzten Massen geimpfte Meerschweinchen starben in kurzer Zeit an Tuberkulose. Noch vor diesem Resultat traten am Beine und an der Schulter einige typische Lupusknötchen von oberflächlicher Lage auf. Es kann kaum bezweifelt werden, daß wenigstens die tiefen derben disseminierten Knoten auf hämatogenem Wege zu stande gekommen sind.
C. Müller-Genf.

Trauma und Tuberkulose, von Urban-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 14. März 1899.) Vom chirurgischen Standpunkt bespricht Verfasser den Zusammenhang zwischen Traumen und der Entstehung der Tuberkulose. Er verweist auf die relative Häufigkeit der Entstehung der Hauttuberkulose nach kleinen und kleinsten Verletzungen (bei Wäscherinnen, Anatomiedienern) gegenüber der Seltenheit derselben nach großen blutigen Verletzungen und Operationen. Im übrigen bietet die Arbeit kaum dermatologisch Interessantes. *Philippi-Itzehoe.*

Zur Schmierseifenbehandlung der tuberkulösen Lokalerkrankungen, von Alb. Hoffa. (*Münch. med. Wochenschr.* 28. Febr. 1899.) In den letzten 12 Jahren hat H. mehr als 200 Patienten mit diesem ursprünglich, wie bekannt, von Kapesser und von Kollmann empfohlenen Medikament behandelt und bezeichnet die Erfolge namentlich bei multiplen tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen als wunderbar; aber auch bei Drüsen- und Hautaffektionen ist das Mittel zu empfehlen. Allerdings wird nebenbei die sonst nötige Behandlung (Eröffnung von Abscessen, Auskratzen von Fisteln etc.) nicht unterlassen. Unbedingt erforderlich für den Erfolg ist neben einer gewissen Ausdauer, namentlich im Anfang, die Verwendung des richtigen Präparates, nämlich des in Apotheken erhältlichen Sapo kalinus venal., welcher ohne Weingeist aus Liq. kalii caustic. crud. mit Leinöl bereitet wird und etwas überschüssiges kaustisches und kohlensaures Kalium enthält. Eine gute Marke ist die superfeine Ölseife, Sapo kal. ven. transparens von Louis Duvernoy in Stuttgart. Es werden hiervon wöchentlich 25—40 g 2—3 mal mittelst Schwammes oder der Flachhand in der Regel abends eingerieben, vom Nacken beginnend, am Rücken bis auf die Oberschenkel hinunter; nach ½ Stunde wird die Seife mit Schwamm und warmem Wasser wieder entfernt, doch ist es besser, wenn Patient dann im Bett bleibt. Die Wirkung des Mittels ist vielleicht durch eine dadurch erzeugte Alkalescenz des Blutes zu erklären, vielleicht auch durch die damit verbundene Massage.

Philippi-Itzehoe.

Die Darstellung des Tuberkelbacillus im Gewebe, von Delbanco-Hamburg. (*Dtsch. Medisinalztg.* 1899. No. 1.) Anknüpfend an eine Mitteilung, die Unna im 25. Band der *Monatshefte* gegeben hat, berichtet Delbanco, der bekannte Schüler Unnas, über die Erfahrungen, die er mit der neuen Methode seines Lehrers zur Färbung von Tuberkelbacillen, besonders wenn sie spärlich im Gewebe vertreten sind, gemacht hat. Die Methode schreibt folgendes vor: Schnitte ½ Stunde bis zu einer ganzen Nacht in Karbolfuchsin, Entfärbung in 25%iger Salpetersäure und Spiritus dilutus, dann in Tanninorange- oder Tanninwasserblaulösung umgefärbt. Es bleibt hierbei die Kernfärbung aus. Dafür treten auf dem diffusen gelben oder blauen Grunde die roten Bacillen um so deutlicher hervor. „Will man mit den Vorteilen dieser Methode eine kontrastierende Kernfärbung der Tuberkel oder Leprabacillen enthaltenden Gewebe verbinden, so schiebt man die dazu notwendige Hämateinfärbung zweckmäfsigerweise nach der Entfärbung mittelst Salpetersäure und Alkohol ein.“ — Die betreffenden Tanninlösungen liefert Grübler-Leipzig. In diesen Lösungen bleiben die Schnitte fünf Minuten. Ausgewaschen wird das Tannin in destilliertem Wasser. In 80%igem Spiritus wird nun das überschüssige Karbolfuchsin entfernt; der Schnitt differenziert sich. Alcohol abs. Öl. Balsam. In Brunnenwasser, das meist alkalisch reagiert, darf man die Schnitte nicht auswaschen. Die Wirkung der Gerbsäure ist bei dieser Methode eine doppelte, erstens entfärbt sie elektiv und zweitens fixiert sie die Bacillen. — Diese von Unna für die Haut angegebenen Färbungen wandte Delbanco nun auch für die Schleimhäute der oberen Luftwege mit gutem Erfolge an. Bei negativen Ergebnissen schliefst Verfasser die Anwesenheit der säurefesten Tuberkelbacillen mit grofser Wahrscheinlichkeit aus. — Vor einer Verwechselung mit den Smegmabacillen schützt die starke Alkoholentfärbung im unmittelbaren Anschlufs an die Mineralsäure. — Dem Nachteil des mangelhaften Gewebsbildes steht bei der neuen Färbemethode der Vorteil gegenüber, dafs diese sauren Farben den Tuberkelbacillus unter keinen Verhältnissen anzufärben im stande sind. *Hopf-Dresden.*

Lupus, behandelt mit Röntgenstrahlen, von C. Th. Holland. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1898.) Verfasser hat einen 16jährigen Knaben, der seit 5 Jahren eine

ulcerierende Lupusstelle auf der linken Gesichtsseite zeigte, mit Röntgenstrahlen behandelt. Nach 18 innerhalb von 2 Monaten vorgenommenen und 15 Minuten dauernden Sitzungen war alles abgeheilt. Wie es scheint, eignet sich der Lupus exulcerans für diese Behandlungsmethode am besten, da nach den Berichten anderer Autoren der Erfolg der Behandlung von Lupus vulgaris mit X-Strahlen ein negativer war.

C. Berliner-Aachen.

Lupus, behandelt mit Thyreoidkolloid, von P. Gould. (*Brit. med. Journ.* 5. Nov. 1898.) Eine 47jährige Frau litt seit Jahren an Lupus exulcerans, der sich aus skrophulösen und zur Vereiterung gelangten Drüsen an verschiedenen Körperstellen entwickelt hatte. Im September 1898 wurden Schilddrüsenkolloid-Tabletten verordnet und nach drei Wochen war ein über das Gesicht hinlaufendes Geschwür abgeheilt. — Nach Pringle, Whitfield und anderen Autoren eignen sich gerade solche ulcerierende Formen des Lupus vulgaris und der Hauttuberkulose überhaupt für die Schilddrüsenbehandlung. *C. Berliner-Aachen.*

Über den Nasenlupus, von Holländer-Berlin. (Sitzung d. Berl. med. Ges. vom 20. April 1899. *Dtsch. Medizinalztg.* 4. Mai 1899.) An der Hand der Erfahrungsthatsache, dafs die Ulceration an und für sich keine unbedingt erforderliche Beigabe des Lupus ist und dafs manches Lupusknötchen, sofern es nicht durch irgendwelche Therapie gereizt wird, jahrelang, ohne zu zerfallen, bestehen kann, teilt der Autor den Lupus der Nase in zwei grofse Gruppen: 1. Schwerster Lupus, seit 20—40 Jahren lokalisiert ohne Defektbildungen oder Zerstörungen der Nase. 2. Defektbildung trotz relativ kurzen Bestehens. Bei ersteren ist die Mucosa meist intakt, höchstens die Orificien per continuitatem ergriffen. Obere Luftwege und Drüsen bleiben fast stets verschont. Meist ist ein Extremitätenherd vorhanden. Bei letzteren konstant Schleimhautkomplikationen, Lymphdrüsen ergriffen. Die Destruktion ergreift stets den Rachen mit. Hier ist die Schleimhaut fast immer primär erkrankt gewesen. Eine dritte Form nennt H. die syphilitische, wobei der primäre Prozefs im Naseninnern sitzt und zu Zerfall des Septums und der Nasenspitze führt. Für die erste Art des Lupus ist die chirurgische plastische Methode anwendbar, für die zweite kommen aber nur elektive Methoden in Frage. Hierzu gehören: heifse Luft, Röntgenstrahlen, Finsensche Lichtbehandlung. Die Holländersche Heifsluftherapie (300—400° mit entsprechenden Apparaten) erzielt besonders, wie auch Lassar zugiebt, schöne Erfolge mit tadelloser Vernarbung bei den auch das Naseninnere ergreifenden Lupusfällen. *Hopf-Dresden.*

Syphilis.

Syphilis in Kopenhagen, von Ehlers. (*Ugeskrift for Læger.* 1898. No. 42.) Eine statistische Bearbeitung des vorliegenden, mehr oder weniger zuverlässigen Materials aus den letzten 34 Jahren zeigte eine Kulmination der Syphilisfälle in Kopenhagen im Jahre 1869 (6‰ von der Einwohnermenge der Stadt) und eine noch gröfsere im Jahre 1886 (7,3‰); nach einer darauffolgenden successiven Abnahme bis 1892 (2,8‰) ist die Syphilis wieder im Zunehmen (4,2‰ im Jahre 1897), ohne dafs eine nachweisbare Ursache dieser Fluktuationen vorliegt.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Syphilis und die Leber, von J. G. Adami-Montreal. (*New York med. Journ.* 22. April 1899.) A. betrachtet von vornherein die Syphilis als eine Erkrankung mikrobischen Ursprungs ähnlich der Tuberkulose und glaubt, dafs das Gewebe der Leber speziell für den Infektionskeim der Syphilis empfänglich sei und zwar besonders bei der kongenitalen Form derselben, wo Leberaffektionen viel häufiger und exten-

siver seien wie bei der später erworbenen Krankheit. A. erklärt dies damit, daſs beim Neugeborenen die Infektion durch die Placenta geschieht und infolge dessen das infizierte Blut, welches von der Placenta kommt, durch die Leber geht, bevor es das Herz oder andere Gewebe des fötalen Organismus erreicht. Chiari hat z. B. in 144 Fällen von angeborener Syphilis, in 123 davon in sehr ausgedehntem Grade, die Leber affiziert gefunden. Die Formen der infantilen Lebersyphilis sind im allgemeinen folgende: 1. Ausgesprochene Gummata, 2. miliare Gummata mit fibroider Veränderung an umschriebenen Stellen der Leber, 3. Mischform von miliaren Gummata und allgemeiner fibröser Entartung, woher Vergröſserung des Organs, 4. allgemeine atrophische Cirrhose mit deutlichen Zeichen von Gummata, Granulierung des Organs und Ikterus, Ödem u. s. w. Das Verhältnis zwischen der zweiten und ersten Form ist dasselbe wie zwischen Miliartuberkeln und isolierten käsigen Tuberkeln der Leber. Die vier aufgezählten Formen finden sich auch bei späterer Acquisition der Krankheit und zwar können an demselben Organe alle vier Formen zusammen vorkommen; nun treten infolge der Einwirkung der Zeit und des langen Bestandes des Leidens beim Erwachsenen noch folgende Formen hinzu: Obsolete Gummata (welche Involution und Absorption eingegangen sind) mit umgebender fibroider Veränderung; das ist die am häufigsten anzutreffende und typische Leberaffektion bei Syphilis des Erwachsenen. Eine weitere Form ist die Entwickelung von geschwulstartigen Auswüchsen, welche nicht selten zur falschen Diagnose von malignen Neubildungen führen, deren ganze Struktur aber zeigt, daſs es sich um eine progressive, centrifugale Infektion des Lebergewebes von einem ursprünglichen, isolierten Gummaknoten aus handelt mit gleichzeitiger reaktiver Entzündung des peripheren Lebergewebes. Nicht nur die Zeit ist es, welche zuweilen die Erscheinungen am Erwachsenen und Neugeborenen so verschiedenartig gestaltet, sondern noch mehr soll es das Vorherrschen allgemeiner fibröser Degeneration bei der kongenitalen Syphilis und das von herdweiser Granularveränderung bei der Syphilis des Erwachsenen sein. Die Reaktion des Leberparenchyms resp. der Leberzellen auf toxische Substanzen ist eben beim Erwachsenen weniger ausgeprägt, die Leberzelle beim Neugeborenen empfindlicher, wodurch die Tendenz zu äuſserster fibröser Entartung gegeben ist. Schlieſslich erwähnt A. noch die Rolle, welche Endarteritis und Periarteritis bei der Leber-, ebenso wie bei der Herz- und Gehirnsyphilis, spielen könnten, ohne jedoch bestimmte Thatsachen für diese Hypothese anzuführen. *Stern-München.*

Die Differentialdiagnose der syphilitischen Exantheme und die cutanen Zeichen früherer Syphilis, von G. H. Fox. (*New York med. Journ.* 8. April 1899.) Der Hauptwert dieses Vortrages bestand in der Demonstration einer Reihe von Lichtbildern, welche die wesentlichen unterscheidenden Merkmale zwischen Syphilis einerseits und Psoriasis, Ekzem, Lupus, Epitheliom sowie auch Variola, Lichen planus, Herpes tonsurans, Alopecie und anderen nicht spezifischen Dermatosen andererseits erkennen lieſsen. Im übrigen besprach F. die drei Haupteigentümlichkeiten der Syphilis, das Fehlen des Juckens, die charakteristische Lokalisation der Läsionen und die Farbe derselben, sowie ferner die Beschaffenheit von syphilitischen Narben und anderen späteren Erscheinungen. *Philippi-Itzehoe.*

Einige syphilitische Erkrankungen im Röntgenbilde, von R. Hahn. (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* Bd. II, Heft 4.) Verfasser demonstriert eine an tertiärer Syphilis leidende Frau und legt die zugehörigen Bilder vor. Die Frau hat auſser Hautgummen und Knochenverdickungen an den Tibien noch eine Reihe von Tumoren, von Kirschen- bis Wallnuſsgröſse, die weder mit der Haut noch mit den Knochen verwachsen sind und fluktuieren. Es sind Hygrome der Sehnenscheiden; auf den

Photographien markieren sie sich sehr gut durch ihren Schatten. Verfasser zeigt sodann Bilder von Knochenverdickungen der Tibia, ferner vom Ellbogengelenk eines anderen Patienten, ein syphilitisches Kniegelenk etc. Endlich konnte Verfasser an Präparaten der Eppendorfer Sammlung sehr schön die Haupttypen der syphilitischen Knochenerkrankung, die Osteoporose und die Osteosklerose, im Röntgenbilde studieren.

F. Hahn-Bremen.

Die Diagnose der nicht durch Geschlechtsverkehr erworbenen Syphilis im frühen Stadium, von VAN HARLINGEN. (*Internat. med. Magaz.* Dez. 1898.) Verfasser empfiehlt in allen Fällen von verdächtigen Exanthemen eine sorgfältige Untersuchung des ganzen Körpers, die oft einen extragenitalen Primäraffekt zu Tage fördert, wenn an den Genitalien nichts zu finden ist; um diesen leichter zu finden, zählt Verfasser die Stellen auf, an denen regionäre Drüsen zu schwellen pflegen.

F. Hahn-Bremen.

„COLLESsches Gesetz" oder „WALLACEsches Gesetz"? von J. A. SHAW-MACKENZIE. (*Lancet.* 25. Febr. 1899.) Bekanntlich schreiben die Engländer die Priorität über die Beobachtungen betreffs der Immunität der Mütter von kongenital-syphilitischen Kindern allgemein COLLES zu, dessen Publikationen im Jahre 1837 im *Lancet* erschienen. Verfasser hat in der Nummer vom 25. März 1837 desselben Journals eine Besprechung des Themas gefunden, aus welcher hervorgeht, dafs der Dubliner Professor W. WALLACE bereits vier Jahre zuvor die gleichen Beobachtungen vorgetragen hatte und das Gesetz in ähnlicher Weise im *Lancet* im Jahre 1836 formuliert hatte. Die Arbeit enthält bemerkenswerte Erklärungen der genannten Erscheinungen und deren gelegentlichen Ausnahmen. Die s. Z. angekündigten weiteren Mitteilungen wurden durch den Tod WALLACES im Jahre 1838 vereitelt.

Philippi-Itzehoe.

Mitteilungen über die Neigung syphilitischer Kinder zu bestimmten spezifischen Organ- und Gewebserkrankungen, von THOMSON. (*Scott. med. and surg. Journ.* Jan. 1899.) Verfasser hatte Gelegenheit, die Kinder aus verschiedenen syphilitischen Familien zu beobachten. Bei der Seltenheit derartiger Beobachtungen ist es von Wichtigkeit, dafs sich in den einzelnen Familien eine Neigung zu Erkrankung derselben Organe konstatieren liefs; so fanden sich in einer Familie Erkrankungen stets der Augen, in einer anderen der Ohren, bei zwei Familien liefsen sich stets Epiphysenerkrankungen bei allen Kindern nachweisen, welche Zeichen von hereditärer Lues darboten.

F. Hahn-Bremen.

Über den extragenitalen Schanker, dessen Häufigkeit und seine Bedeutung für den Verlauf der Syphilis, von ALEX. HASLUND. (*Hospitalstid.* 1899. No. 3, 4, 5.) Der Verfasser hat die Fälle extragenitaler Schanker gesammelt, die auf der vierten Abteilung des Kommunehospitals in 16 Jahren (von 1882—1897 inkl.) wo er als Oberarzt die Abteilung geleitet hat, vorgekommen sind, ferner 50 Fälle aus seiner Privatpraxis. In dem erwähnten Zeitraum wnrden im ganzen 2938 Männer und 1783 Weiber an Syphilis auf dem Kommunehospitale behandelt; von diesen hatten 221 Patienten extragenitale Schanker oder 4,7% (Männer 3,71%, Weiber 6,34%). Während die Anzahl der extragenitalen Infektionen in den ersten vier Jahren nur 2,6% betrug, ist diese Zahl in den zwei letzten vier Jahren bis über 6% gestiegen, und sucht der Verfasser die Ursache dieses Anwachsens darin, dafs die Syphilis sich überhaupt ausbreitet. Die Zahl der extragenitalen Schanker ist doch sicherlich etwas gröfser gewesen, indem der Verfasser nur die Fälle mitgerechnet hat, wo entweder die Schanker noch vorhanden waren, oder wo die Induration deutlich gewesen, aber die Fälle ausgelassen, wo die Wahrscheinlichkeit für eine extragenitale

Infektion sprach, aber wo die Eingangspforte nicht zu finden gewesen. Was den Sitz des Schankers betrifft, so zeigt die Statistik des Verfassers, dafs unter 221 Fällen der Lippenschanker bei Männern 51 mal, bei Weibern 61 mal vorgekommen ist. In 59 Fällen war die Oberlippe der Sitz des Schankers, in 53 Fällen die Unterlippe. Der Zungenschanker wurde in 7,7% der Fälle vorgefunden, der Rachenschanker ebenfalls in 7,7%, der Mammaschanker in 5,4%, der Finger-Handschanker in 5,9% und der Schanker auf den Unterextremitäten in 8,1%. Hinsichtlich des Verlaufes der folgenden Syphilis kamen Recidive bei 28 Patienten vor (15 Männer und 13 Weiber) also in 12,2% der Fälle. In zwei Fällen trat die Syphilis unter der malignen (ulcerativen) Form auf, das eine Mal bei einem Säufer, das andere Mal bei einem sehr chlorotischen Individuum. Nur bei einer Person traten tertiäre Fälle auf. — In seiner Privatpraxis hatte Haslund in demselben Zeitraum 50 Fälle von extragenitalem Schanker behandelt (36 Männer, 14 Weiber); auch hier kam der Labialschanker am häufigsten vor (12 mal bei Männern, 8 mal bei Weibern). Mehrere der Patienten hatten wiederholt Eruptionen, bei keinem aber hat der Verfasser tertiäre Fälle getroffen. — Der Verfasser meint, dafs die Prognose keineswegs schlechter für die extragenitalen als für die genitalen Schanker ist. Die Ursache des günstigen Verlaufes mufs wohl auch in der energischen langdauernden Merkurialbehandlung gesucht werden. *O. Jersild-Kopenhagen.*

Ein seltener Fall von extragenitaler syphilitischer Infektion, von A. Rosenquist. (*Wratsch.* 1899. No. 9.) R. beobachtete im Mjassnitzki-Hospital zu Moskau einen charakteristischen harten Schanker auf dem knorpeligen Teil der Nasenscheidewand bei einer 29jährigen Bäuerin, die auch schon sekundäre Erscheinungen (Exanthema maculo-papulosum, Lymphadenitis, Angina papulosa, Papulae labiorum maj. et min.) bei ihrem Eintritt in das Hospital zeigte.

A. Jordan-Moskau.

Über das primäre syphilitische Geschwür am Augenlide, von Mohr. (*Gyógyászat.* 1898. No. 49.) Verfasser bekam einen Fall zur Beobachtung, bei dem sich am rechten oberen Augenlide eine Schwellung einstellte, welche ganz den Charakter eines Hordeolum zeigte. Erst der Verlauf und die syphilitischen sekundären Exantheme bestätigten die baldige Annahme, dafs es sich daselbst um eine Sklerose handelte. Auf antiluetische lokale und allgemeine Behandlung haben sich obige Erscheinungen zurückgebildet. Die Art der Infektion konnte nicht festgestellt werden; fraglich ist es, ob nicht zuerst ein Hordeolum vorhanden war, auf dessen Basis die syphilitische Infektion stattgefunden hat; dagegen scheint aber das baldige Auftreten der sekundären Symptome zu sprechen. Auch bei unserem Volke ist es allerdings Sitte, dafs bei Erkrankungen am Auge, oder wenn ein Fremdkörper ins Auge fällt, dasselbe ausgeleckt wird oder die Mütter waschen dasselbe mit ihrem eigenen Urin aus, wodurch natürlich für die Verbreitung der Augenblennorrhoe und Syphilis zahlreiche Gelegenheiten geboten werden. Die häufigste Gelegenheitsursache mag wohl das Küssen und der gemeinschaftliche Gebrauch der Handtücher abgeben. Es kann auch häufig vorkommen, dafs Ärzte dadurch eine Sklerose am Augenlide erhalten, indem dieselben von den Kranken angehustet werden und das Sekret ins Auge gelangt. Differentialdiagnostisch sind die sekundären, noch viel mehr die tertiären Formen der Syphilis in Betracht zu ziehen, am meisten wird die Sklerose am Augenlide mit dem Hordeolum verwechselt werden. *A. Alpár-Budapest.*

Die Behandlung der syphilitischen Anämie, von Boas-St. Louis. (*St. Louis med. a. surg. Journ.* Febr. 1899.) Verfasser empfiehlt in seiner aphoristischen Mit-

teilung ein neues Eisenpräparat Sanguiferrin, über dessen Zusammensetzung er auch nicht ein Sterbenswörtchen verlauten läfst, zur Behandlung der spezifischen Anämie sekundär-syphilitischer Patienten. *Hopf-Dresden.*

Arteriitis syphilitica der beiden Arteriae fossae Sylvii und des Truncus basilaris, von BACALOGLU-Paris. (*Presse méd.* 1. März 1899.) Der Verfasser berichtet einen interessanten Fall syphilitischer Erkrankung der beiden Arterien der Fossa Sylvii und des Basilartruncus bei einem 34jährigen Manne, der fünf Jahre früher syphilitisch infiziert wurde und 18 Monate vor seiner jetzigen Erkrankung eine linksseitige Hemiplegie erlitt. Die wesentlichsten Punkte der jetzigen Affektion, die letal endete und auf dem Seciertisch genauer studiert werden konnte, sind folgende. Es handelte sich um eine obliterierende Endoperiarteriitis, deren Lokalisation symmetrisch war. Die Syphilis befällt die Cerebralarterien mit Vorliebe und ergreift hier symmetrisch gelegene Stämme zuweilen gleichzeitig, häufiger nacheinander. Der Kranke hat niemals eine merkurielle Behandlung genossen. Zuweilen hat man in gleichen Fällen, wie der berichtete gewesen ist, durch gemischte Behandlung (8 g Ung. Neapolit. und 15—20 g Jodkalium pro die) Heilung erzielt. Meningitis bestand in dem berichteten Falle nicht, der Erweichungsherd war sehr klein, ungefähr einen Monat alt. Auf bulbäre Störungen deuteten Pulsbeschleunigung, Trismus, Schluckbeschwerden und Temperaturerhöhungen. Die Erkrankungen der Arterien beider Gehirnhälften datierten von verschiedenen Zeitpunkten. *Hopf-Dresden.*

Über die Gefäfsveränderungen durch Syphilis, von S. ABRAMOW. (*Klin. Journ.* [Russ.] 1899. No. 3.) Auf Grund zweier in mikroskopischer Hinsicht genau untersuchter Fälle von Syphilis kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Alle Gefäfshäute können selbständig und unabhängig von einander durch die Syphilis affiziert werden. 2. Es ist sehr möglich, dafs die erkrankten Schleimhäute, sowohl die Intima als die Adventitia, durch Zunahme die intakte Gefäfshaut zerstören können, wodurch es zu Aneurysmabildung kommt. 3. Wenn der Prozefs im Laufe der Zeit ein wenig still steht in der Intima, füllt sich die Neubildung derselben mit elastischem Gewebe, welches durch starke Schwellung und Spaltung der Membrana fenestrata entsteht. 4. Von anatomischem Gesichtspunkt müssen diejenigen Arteriitiden für spezifische gehalten werden, bei denen gummöse Neubildungen zu konstatieren sind. Das Vorkommen regressiver Veränderungen in der Neubildung der Intima spricht nicht gegen diese Annahme. *A. Jordan-Moskau.*

Gumma der Zunge, von CH. SYMONDS. (*Brit. med. Journ.* 5. Novbr. 1898.) Das 17jährige Mädchen mit kongenitaler Syphilis hat früher Gummata an der Ulna und Fibula, syphilitische Augenerscheinungen gehabt und leidet gegenwärtig an einem Gumma der Zunge, das sich bemerkenswerter Weise während einer energischen Quecksilberbehandlung entwickelt hat. *C. Berliner-Aachen.*

Zungengumma, von GOTTHEIL. (*Intern. med. Magaz.* Dezbr. 1898.) Ein 24jähriges Mädchen erkrankte an einem Tumor der Zunge, der $1^1/_2$ Zoll lang und $^3/_4$ Zoll breit war; das Centrum war von einer tiefen Ulceration eingenommen; die submaxillaren Drüsen waren geschwollen. Da die Geschwulst zunahm, ohne dafs die Diagnose geklärt war, so wurde probeweise Jodkalium mit kleinen Dosen Quecksilber gegeben. Unter dieser Behandlung erfolgte rasche Heilung. *F. Hahn-Bremen.*

In der Gesellschaft der Charité-Ärzte (cf. *Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 13) demonstrierte KIESSLING eine Patientin mit **Framboesia syphilitica**. Auf

Nase, Wangen, rings um die Augen fanden sich Gruppen von flachen, grauweifsen Wärzchen, die früher reichlich Eiter secerniert haben, jetzt aber unter Jodkalium und Kalomeleinpuderung schon bedeutend gebessert sind. Verfasser spricht dann über Framboesien im allgemeinen, die sich aufser bei tropischen Infektionskrankheiten (Pian, Verruca peruviana) bei Syphilis, Carcinom, Sykosis, Lupus, Blennorrhoe etc. etc. finden. *F. Hahn-Bremen.*

Syphilitische Stenose der Bronchien, von Rolleston und Ogle. (*Lancet.* 22. April 1899.) In der Clinical Society of London berichteten Verfasser über folgende drei Fälle: I. Eine 25jährige Frau wegen Husten und Abmagerung im Krankenhaus aufgenommen. Es war deutlicher Stridor vorhanden, aber keine Veränderung an der Stimme wahrzunehmen, und die Luft drang in die Lunge auf beiden Seiten gleichmäfsig ein. Nach dem an Pneumonia septica erfolgten Tode fand man neben fibröser Induration der Lunge und akuter Schwellung der Bronchialdrüsen eine lokalisierte Verengerung nebst distaler Erweiterung der Bronchien und ausgesprochene Lebersyphilis. II. Ein 29jähriger Mann, wegen Atemnot aufgenommen, zeigte ebenfalls Stridor und die linke Lunge weniger lufthaltig als die rechte. Bei Jodkaliumbehandlung verschlimmerten sich die Symptome und Patient ging an septischer Lungenentzündung auch zu Grunde. Die Obduktion ergab neben Gummaknoten in beiden Testikeln Verdickung und Verengerung beider Hauptbronchien und erhebliche Ansammlung von gelbem Schleim auf der distalen Seite der Einengung. III. Bei einem 29jährigen Manne mit syphilitischer Perforation des harten Gaumens wurde wegen Atemnot und Stridor die Tracheotomie ausgeführt. Ein Erfolg war nicht zu bemerken. Bei der Obduktion wurde eine erhebliche Veränderung beider Hauptbronchien gefunden ohne weitere syphilitische Erscheinungen. — Verfasser sind der Meinung, dafs bei speziell darauf gerichteter Aufmerksamkeit man diesen Zustand häufiger wird nachweisen können. Das Jodkalium scheint wegen der dadurch bedingten Steigerung der Schleimabsonderung geradezu nachteilig zu wirken. Allenfalls könnte man es mit Belladonna zusammen geben. *Philippi-Itzehoe.*

Über Syphilis der Milz mit besonderer Berücksichtigung des Milztumors im sekundären Stadium der Lues, von C. Bruhns. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 64. Bd.; Festschr. z. Feier d. 100jähr. Bestehens d. med. Klinik zu Leipzig.) Obwohl bei Sektionen der Leichen Syphilitischer oft genug Veränderungen der Milz angetroffen werden, ist es doch meist nicht leicht, zu sagen, welche Veränderungen mit Sicherheit der Lues zuzuschieben sind. Gummabildung ist selten, meist sind die Gummen nicht grofs und oft miliar. Daneben findet man Hyperplasie der Milz. Auch am Lebenden ist der Milztumor nicht leicht nachzuweisen, unter 60 Fällen recenter Syphilis fand Verfasser nur 4 mal einen zweifellosen unter der spezifischen Therapie sich zurückbildenden Milztumor, unter vier Fällen maligner Lues aufserdem zweimal. Daraus ergiebt sich, dafs der sichere Nachweis des Milztumors bei frischer Lues nur selten möglich ist. Jedenfalls haben wir keine Berechtigung, aus dem Verhalten der Milz irgend welche Schlüsse in diagnostischer Hinsicht oder für unser therapeutisches Vorgehen zu ziehen. *F. Hahn-Bremen.*

Die Angreifbarkeit der Niere bei Syphilis, von Louis Rénon. (*Presse méd.* 15. April 1899.) Man mufs zwischen der Nephritis syphilitica praecox und tarda unterscheiden. Erstere, verursacht durch Zerstörung der Drüsenepithelien, tritt schroff auf mit beträchtlichen Ödemen und serösen Diffusionen, mit starker Albuminurie (bis 50 g Eiweifs pro Liter). Die tardive Form beruht auf Gummenbildung und sklerösen Veränderungen und tritt als chronische Nierenentzündung dem Arzte vor Augen.

Während erstere Form bald nach dem Primäraffekt auftreten kann, thut es letztere erst nach Jahren, in der tertiären Periode. Die Frage der Prädisposition zu syphilitischen Nierenerkrankungen ist noch wenig beleuchtet worden, während die Schädlichkeit des Syphilisvirus auf Epithelien und Gefäfse der Niere allgemein anerkannt ist. Besonders gefährdet sind Leute, deren Nieren schon früher gelitten haben, so durch Scharlach, Typhus oder Saturnismus. Da aber auch sonst ganz Gesunde bei erworbener Lues plötzlich nierenkrank werden können, drängt sich die Frage unwillkürlich auf, ob etwa die Niere durch die Lues selbst besonders gefährdet wird. Rénon glaubt nun eben, dafs die Nieren Syphilitischer sehr violabel sind und durch einfache Erkältungen häufiger und leichter angegriffen werden, als es bei anderen Individuen der Fall ist. Zwei erläuternde Krankengeschichten sind beigegeben. Im ersten Fall Nephritis acuta nach einem Seebad, im zweiten akuter Nachschub einer chronischen Nierenentzündung nach zweistündigem Aufenthalt im Regen. Unter gleichen Gesichtspunkten sammelte Verfasser aus der Litteratur 46 Fälle akuter syphilitischer Nephritis. Auszuschalten sind 10 Personen, die früher zu Nierenleiden prädisponierende oder mit solchen verbundene Krankheiten durchgemacht hatten. Bei 8 von den restierenden 36 Fällen sind leichte Erkältungen als ursächlich zu nennen. Was die Nephritis syph. tardiva betrifft, so führt Verfasser einen zweiten Fall aus der Litteratur, der in allem Wesentlichen dem von ihm selbst beobachteten gleicht, zur Unterstützung seiner Anschauung an, dafs die Nieren Syphilitischer gröfseren Gefahren ausgesetzt sind als die anderer Personen. Antisyphilitische Kuren sind scheinbar ohne Einfluſs auf die Fragilität der syphilitischen Niere, wenn sie auch schon vor der Erkrankung vorgenommen worden sind. Verfasser schlägt als Prophylacticum in dieser Hinsicht vor, den primär-sekundär erkrankten Syphilitiker zwei bis drei Monate auf Milchdiät zu setzen. *Hopf-Dresden.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Mastdarmgeschwüre, von Prof. Karl Schuchardt-Stettin. (*Virch. Arch.* Bd. 154. Heft 1.) Schuchardt hatte Gelegenheit, einen Fall von syphilitischer Erkrankung des Mastdarmes anatomisch zu untersuchen. Das Material war unmittelbar nach der Operation in Formol fixiert worden. Aus der Klinik des genau mitgeteilten Falles interessiert u. a., dafs Patient zwei Jahre nach der Operation zum Exitus kam infolge einer von den Darmgeschwüren ausgehenden akuten Infektion, die eine periproktitische Phlegmone und eine Peritonitis gebracht hatte. Der Operationsplan hatte vor allem die Beseitigung einer etwa 1½ Fingerglied über dem After gelegenen Striktur ins Auge gefafst. Von einer eingreifenderen Operation war abgesehen worden, auch deswegen, weil man von einer spezifischen Kur noch das Schwinden der zurückbleibenden Infiltrate erhoffen konnte. Nach S.s eingehender histologischen Untersuchung beginnt die syphilitische Erkrankung des Mastdarmes damit, dafs sich die Schleimhaut in ein eigentümliches Granulationsgewebe umwandelt, welches in innigen Beziehungen zu den Blutgefäfsen steht und zum Teil als eigentümlich umgewandelte Gefäfswandungen anzusehen ist. Pathognomonisch für dies erste Stadium der Krankheit sind als „gummöse Telangiektasien“ zu kennzeichnende blaurote, prominierende Knötchen an der Oberfläche der erkrankten Schleimhaut. Gleichzeitig mit der Entwickelung des Granulationsgewebes und der Telangiektasien in der Schleimhaut findet eine Absetzung spezifischen Gewebes und gummöser Knoten in der Submucosa und den tieferen Schichten des Darmes statt. Durch den auf Nekrobiose beruhenden Zerfall des spezifischen Gewebes entstehen zunächst oberflächliche, oft serpiginöse Geschwüre, weiterhin tiefe mit narbiger Schrumpfung verbundene Substanzverluste und Strikturen.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Gummöse Periostitis und Ostitis nebst Bericht über einen Fall von Perforation der Schädelhöhle, von W. S. Gottheil. (*New York med. Journ.* 4. Febr. 1899.) Nach einer eingehenden Besprechung des Wesens dieser Affektion berichtet G. über eine 35jährige Russin, welche wegen eitriger Entzündung an der Kopfschwarte in Behandlung kam. Es fand sich ein ausgedehnter Defekt im Schädeldach, dessen Stelle durch narbiges, zur Zeit gummös entzündetes und eiterndes Bindegewebe ersetzt war. Patientin trug in der Tasche bei sich ein 2 bis $2^1/_2$ Zoll grofses rundliches, gebogenes Stück Knochen, zwei durch eine deutliche Naht verbundene Portionen der Parietalknochen. Das Präparat war 12 Jahre zuvor nach einer längeren, offenbar syphilitischen, im übrigen unbehandelten Eiterung der Kopfhaut ohne weitere Beschwerden abgestofsen worden. *Philippi-Itzehoe.*

Chronische syphilitische Ulcerationen von Fufs und Knöchel, von Sherill. (*Intern. med. Magaz.* Jan. 1899.) Die 39jährige Frau hatte eine Geschwürsbildung der Zehen, die nach der Abbildung sich wohl als Lupus hypertrophicus ansprechen läfst; zugleich bestand Verdickung der Knochen und des subcutanen Bindegewebes des Fufses in elephantiastischer Form; die Diagnose wurde trotzdem, obwohl frühere Infektion nicht zugegeben wurde, auf Syphilis gestellt und der Fufs wurde amputiert. Dann wurde eine Quecksilberbehandlung eingeleitet, die der Patientin sehr gut bekam und eine bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens herbeiführte. Die Diagnose scheint doch eines Fragezeichens trotz der nachfolgenden Quecksilberbehandlung zu bedürfen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von schwerer Augensyphilis, von Fromaget. (*Annales de la Policlin. de Bordeaux.* 1899. No. 4.) Bei einer 38jährigen Frau bildete sich innerhalb des ersten Jahres einer luetischen Infektion eine vollständige Lähmung des dritten Gehirnnervenpaares mit einer interstitiellen Keratitis aus. Verfasser führt die Erscheinungen auf vaskuläre Störungen zurück, die eine Blutung in der Umgebung des Nervenstammes verursacht hatten. Heilung nach Anwendung der spezifischen Therapie. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Rückenmarkssyphilis mit Höhlenbildung, von Japha. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 19.) Verfasser beschreibt die Krankengeschichte einer 50jährigen Frau, die vor 20 Jahren eine leichte, leicht behandelte Syphilis durchgemacht hatte. Sie erkrankte vor zwei Jahren mit Schmerzen in der Kreuzbeingegend, die ins rechte Bein ausstrahlten, und unsicherem Gange. Allmählich verschlimmerte sich der Zustand und bei ihrer Aufnahme bot sich folgendes Bild: atrophische, erst spastische, später schlaffe Lähmung beider Arme und Beine, die allmählich zu völliger Paraplegie führt. Sensibilitätestörung ebenfalls an Arm und Bein, nirgends absolute Anästhesie, zeitweilig ist Schmerz- und Temperatursinn herabgesetzt. Keine erheblichen Blasen- und Mastdarmstörungen. Es wurde Diagnose auf Herderkrankung in der Gegend der Halsanschwellung gestellt, und wegen der vorhergegangenen Syphilis zweimal eine energische Schmierkur eingeleitet, jedoch ohne Erfolg. Der Zustand verschlimmerte sich, es trat Katarrh über den Lungen auf und der Tod erfolgte an Pneumonie. Bei der Obduktion findet man eine Erkrankung des Rückenmarks in der Höhe des fünften bis achten Halswirbels; man findet hier in den unteren Teilen Höhlenbildung, in den oberen Erweichung, sowohl von grauer wie weifser Substanz. Zugleich bestehen starke meningitische Veränderungen, Verdickung und Verwachsung der Rückenmarkshäute; aufwärts und abwärts finden sich starke Degenerationen der weifsen Substanz. Erkrankt sind fast sämtliche Bestandteile des Rückenmarks, mikroskopisch findet man Herde von Granulationszellen mit nachfolgender Umwandlung in

sklerotisches Bindegewebe. Ferner sind die Arterienwandungen erheblich erkrankt; diese beiden Erscheinungen kommen der Syphilis zu; auch die Höhlenbildung ist auf die Syphilis zurückzuführen. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Ätiologie der Tabes, von M. Kende. (Kgl. ung. Ärztegesellsch. 5. Nov. 1898.) Als Beweis der syphilitischen Ätiologie der Tabes wird in der Regel als Argument die Statistik, die Identität mit der Paralyse resp. deren Zusammengehörigkeit und die gute Wirkung der Inunktionskur vorgebracht. Andere Autoren hingegen betonen, dafs die Statistik subjektiv ist und höchstens beweist, dafs unter den Tabikern mehr Syphilitiker sind als unter den übrigen Nervenkranken. Von dieser könnte man nur dann den Schlufs auf das Verhältnis der Zusammengehörigkeit dieser beiden Prozesse ziehen, wenn auch die Anzahl der Syphilitiker überhaupt bekannt wäre. Von vielen Seiten wird auch als ätiologisches Moment der Tabes die antiluetische Inunktionskur angenommen. Dies wird durch die Beobachtung bei der niederen Klasse des Volkes gestützt, bei der die Tabes eine äufserst seltene ist, obzwar die Syphilis eine sehr verbreitete und die spezifische Behandlung eine vernachlässigte ist. — Das zweite Argument hält er für eine falsche Klügelei, weil weder die Identität der Tabes mit der Paralyse, noch der letzteren einzige Entstehungsursache von der Syphilis erwiesen werden kann, daher auch die Tabes nicht unbedingt von der Syphilis verursacht sein mufs. Was nun die Inunktionskur anbelangt, kann nur dort ein Nutzen beobachtet werden, wo entweder die Diagnose falsch war oder wo eine spontane Remission oder die Steigerung des Stoffwechsels vorliegt. Nicht bei einem Kranken des Ambulatoriums wurden auf einfache Kaltwasserkur oder Elektrisierung dieselben Resultate erzielt wie bei der Inunktionskur; es besserten sich nämlich die Ataxie, die neuralgischen Schmerzen und die Mastdarmerscheinungen, die Pupillenstarre aber, das Westphalsche Symptom und die Sehstörungen blieben unverändert. Bei einem Privatkranken konnte er mit einer 5%igen Zinkoxyd-Salbeninunktionskur eine bedeutende Besserung hervorrufen. Aus diesem ist ersichtlich, dafs es gar kein Argument giebt, welches die Syphilis als die Tabes verursachendes Moment über alle Zweifel erhaben stützen würde; hingegen sind sehr viele Argumente vorhanden, welche gegen die Syphilis sprechen, unter diesen in erster Linie der Standpunkt der pathologischen Anatomie.

In der Ätiologie der Tabes hat Edinger in hervorragender Weise die Überanstrengung angenommen. Seine Theorie, welche auch das Tierexperiment stützt, beruht darin, dafs im Gegensatze zu dem Kraftverluste des wirkenden Neuron die Kraftersetzung eine ungenügende ist und die Elasticität des Neurons zu Grunde geht. Für diese Theorie sprechen: 1. Die Wahrscheinlichkeit, weil die Überarbeitung bei keinem Tabiker auszuschliefsen ist. 2. Die Verminderung des Muskeltonus. 3. Die Erfahrung, da die Überanstrengung den Tabikern schadet. 4. Das Auftreten veränderlicher Tabessymptome bei gesunden Menschen im Erschöpfungszustande. 5. Die Fraenkelsche Methode. 6. Die Atrophie des Nervus opticus, welche die Arbeitsfähigkeit des Kranken schwächend, ihn von der Überanstrengung zurückhält, wodurch die Ataxie sich überhaupt nicht oder nur sehr spät entwickelt. 7. Die Neurastheniker sind weniger disponiert für Tabes, weil sie sich nicht überanstrengen können. 8. Die in den Tropen Wohnenden werden von der Hitze ermattet und werden unfähig zur Überarbeitung. 9. Prostituierte sind in der Regel ihrer Unthätigkeit halber frei von Tabes. 10. Das weibliche Geschlecht der niederen Klasse ist mehr disponiert für Tabes als die Frauen der oberen Zehntausend. 11. Hauptsächlich entwickelt sich bei solchen Tabes, die ihre Muskulatur, hauptsächlich die der unteren Extremitäten, überanstrengen müssen. 12. Im Verhältnisse zur Civilisation nehmen auch die tabetischen

Erkrankungen zu. — Es scheint, dafs die Auswüchse der Civilisation den Organismus in der Weise schwächen, dafs bei dem einen auf die starke Einwirkung der Noxe die Tabes sich bald entwickelt, bei dem anderen blofs die Schwächung des Nervensystems auftritt. Dieses pathologische Nervensystem kann ebenso wie die anderen acquirierten Zustände des Nervensystems vererbt werden und bei den Descendenten schon bei schwächerer Einwirkung der Noxe sich die Tabes entwickeln. Die Entscheidung der Frage, ob es eine blofs für die Tabes prädisponierende Disposition giebt, welche auf gleich welche Gelegenheitsursache Tabes hervorruft, oder im Gegenteil — und seine Beobachtungen sprechen für letzteres —, ob die Tabes auf Grundlage der allgemeinen pathologischen Disposition durch ein spezifisches Moment, z. B. Einwirkung der Überanstrengung, sich entwickelt, gehört in das Gebiet der Statistik, deren Aufgabe ist, nicht nur von der Beschäftigung, Kräftezustand und Lebensweise des Kranken selbst, sondern auch der Eltern und Grofseltern folgernd die Antwort auf diese Fragen zu geben.

Seine Schlufsfolgerungen sind nun folgende: 1. Die Syphilis ist nicht die Ursache der Tabes. 2. In vielen Fällen kann dieselbe selbst als beförderndes Moment nicht betrachtet werden. 3. Die Annahme, dafs die ungenügende antiluetische Behandlung oder deren gänzliche Vernachlässigung einen Einfluſs auf die Entwickelung der Tabes hätte, wird mit gar nichts gestützt; es kann eher die fortwährende spezifische antiluetische Behandlung eine Disposition für die Entwickelung dieser Krankheit ergeben. 4. Die Inunktion hat bei der Tabes eine ungünstige Wirkung; in denjenigen Fällen aber, wo auf die Quecksilberbehandlung eine wesentliche Besserung eintritt, ist entweder die Diagnose eine unrichtige, d. h. es war keine Tabes vorhanden, oder wenn die Diagnose richtig war, so spielt die Suggestion oder andere den Organismus kräftigende Momente eine Hauptrolle. 5. Die civilisierten Menschen zeigen eine bedeutend gröfsere Disposition für die Tabes als die auf der niedrigeren Kulturstufe stehenden Menschen. 6. Die Tabes beruht wahrscheinlich auf einer angeborenen Entwickelungsschwäche des Nervensystems oder kann auch infolge von Überanstrengungen erworben werden.

Diskussion: Jendrassik ist der Ansicht, dafs mangels an wichtigen Argumenten veraltete Reminiscenzen wieder aufgefrischt werden, und so verhält es sich auch mit der Übermüdungstheorie. Vortragender hat wohl die Erbsche Statistik anerkannt, in dem Vortrage konnte er aber nicht genügend Argumente heraushören, warum K. die Syphilis nicht als Ursache acceptiert. Wenn auch in der Erbschen Statistik bei 90% der Fälle Syphilis vorhanden war, so sind die übrigen allerdings in ätiologischer Beziehung von wichtiger Bedeutung, denn die Tabes hat derartige bestimmte und circumscripte Symptome, dafs es seine Überzeugung geworden ist, dafs die Ätiologie der Tabes in jedem Falle dieselbe ist. Heute steht die Frage so: die Syphilis ist entweder die Ursache der Tabes oder nicht. Die fehlenden 15—20% sind nach Gorowe in der Weise aufgeklärt, indem er nachgewiesen, dafs die 15—20% der Syphilitiker im tertiären Stadium sich befindend auf die Primäraffektion sich nicht erinnern können; es wäre also naheliegend, dafs die Syphilis die Tabes verursacht. Wenn man aber die anatomischen Veränderungen in Anbetracht zieht, so mufs man sagen, dafs die Tabes keine Syphilis ist. Die auf spezifische Behandlung geheilten Tabesfälle sind bei genauerer Beobachtung zu verwerfen. Einer seiner Patienten fühlte sich sehr wohl auf Sublimatinjektionen, er verlangte sie selbst, objektiv konnte aber keine Besserung konstatiert werden. Vortragender hat auch das Argument hervorgebracht, dafs in gewissen Gegenden, z. B. Bosnien, schwerer und häufiger Tertiarismus vorkommt und Tabes doch nicht vorkommt. Diesem Argument kann er nicht beipflichten, weil anzunehmen ist, dafs die folgenschwere tertiäre

Syphilis keine Tabes hervorruft, und wenn Vortragender sich auch auf Fournier beruft, der zwischen 100 Tabikern 95 als nicht genügend behandelte nachgewiesen hat, so mufs man in Anbetracht ziehen, dafs Fournier unter guter Behandlung eine auf mehrere Jahre sich hinstreckende Behandlung versteht, welcher sich aber die wenigsten Kranken unterziehen werden. Es ist wohl zwischen Syphilis und Tabes ein kausaler Zusammenhang anzunehmen, welcher aber noch lange nicht bekannt ist; der Überanstrengungstheorie konnte J. laut seinen Erfahrungen bis jetzt nicht huldigen. Die eigentliche Aufklärung der Ätiologie der Tabes bleibt noch immer eine Frage der Zeit.

Salgó polemisiert mit Jendrassik bezüglich der Überanstrengungstheorie. Thatsächlich verhält sich die Sache so, dafs die initialen Symptome der Paralyse sich bedeutend später entwickeln und diesen gehen voran als ursächliche Momente die intellektuelle Erschöpfung oder der intellektuelle Verlust; der gröfste Teil der Psychiater — selbst diejenigen nicht ausgenommen, welche die Syphilis annehmen —, suchen in der Überanstrengung aus vielen Gründen die Ursache der Paralyse. Warum sollte auch die Wirkung der Erschöpfung des Nervensystems geleugnet werden, was doch eine tägliche Erfahrung bildet in zahlreichen Fällen. Die Erfahrung lehrt auch, dafs die Tabes mit der Paralyse in nicht mehr Fällen in Verbindung im Zusammenhange steht als mit der Paranoia; in S.s Material sind stets 150 Paralytiker vorhanden, von diesen haben auch 1—2 Fälle zugleich Tabes, aber ebensoviel Paranoiafälle giebt es auch zwischen den Tabikern und dies ist kein Zufall. Diese zwei Erkrankungsformen stehen in keinem Zusammenhange klinisch, umsoweniger sind dieselben identisch.

Alexander Korányi teilt die Ansicht von Jendrassik; dafs die Syphilis aber als ätiologisches Moment bei der Tabes eine Rolle spielt, kann man wohl schwer bezweifeln. Wenn man ohne Befangenheit die Zusammenstellung von Moebius liest, so ist die Annahme schwer auszuschliefsen, dafs die Syphilis bei der Tabes eine wichtige Rolle spielt. So radikal wie Moebius und Jendrassik möchte er doch nicht vorgehen; er hatte Tabesfälle, wo keine Syphilis vorhanden war, es ist aber auch anzunehmen, dafs letztere nicht die einzige Ursache ist, die Syphilis hat wohl die Tabes nicht zur unmittelbaren Folge, sondern prädisponiert nur, so wie z. B. die Influenza unter gewissen Verhältnissen für die Tuberkulose prädisponiert. Was die Übermüdung anbelangt, möchte er derselben mehr Wichtigkeit zumessen wie Jendrassik. Dies beweisen auch seine zweijährigen Beobachtungen bei den Staatseisenbahnbediensteten, bei denen die Tabes eine häufige Erkrankung ist, ebenso häufig wie die Neurasthenie, zu welcher sie die überanstrengende Beschäftigung prädisponiert. Seit kurzer Zeit haben sich 16 Tabesfälle bei ihm gemeldet, von diesen war bei 8 bestimmt Syphilis nachzuweisen, bei 5 war gerechtfertigter Verdacht vorhanden, bei 3 konnte die Syphilis nicht bestimmt nachgewiesen werden. Er hält die Syphilis für eine bedeutend prädisponierendere Ursache als die Ermüdung.

Sarbó hatte sich bereits im Jahre 1894 eingehend mit diesem Gegenstand beschäftigt. Er hatte Gelegenheit, 10 Fälle antiluetisch zu behandeln, von denen 5 sich besserten, das spricht dafür, dafs man die Tabes behandeln kann; dafs sich das Westphalsche und das Argyll-Robertsonsche Phänomen nicht besserten, ist ja natürlich. Dafs die tabischen Symptome die Ursache vom Quecksilber sind, ist von der Hand zu weisen, so wie auch der Donáthsche Fall keine Paralyse war, sondern eine Merkurialvergiftung. S. gehört nicht unter diejenigen, die unter die ätiologischen Momente, aufser der Syphilis, andere nicht hinüberziehen; die Bedingnis mufs aber vorhanden sein, dafs derjenige Syphilis haben mufste, der Tabes hat; die anderen Faktoren spielen eine untergeordnete Rolle, die wichtigste mag noch die Ermüdung sein. Sämtliche Statistiken der Welt weisen nach, dafs bei der Tabes 90% Syphilis eine Rolle spielt, währenddem bei den übrigen Centralerkrankungen dies nicht vor-

handen ist; dieselben statistischen Daten finden wir bei den Geisteskranken. Auch bei den Prostituierten haben Wallenberg und andere nachgewiesen, dafs die Tabes eine häufige ist; dafs dieselbe daselbst doch nicht so häufig vorgefunden wird, findet darin die Erklärung, dafs die Affektion in einem Alter auftritt, wo dieselbe keine Puella publica mehr ist, sondern eine andere Beschäftigung hat und dieselbe ihre frühere Beschäftigung nicht einbekennt. Ihm scheint es, dafs die ganze Tabesdiskussion von der Autorität Virchows ausgegangen ist, der zuerst die Aufmerksamkeit auf die Syphilis lenkte und jetzt erklärt, der Syphilis nicht eine solche Rolle beizumessen, da anatomisch bei der Tabes syphilitische Veränderungen nicht gefunden werden können; diesbezüglich fragt S., woher wir es wissen, dafs manche Veränderungen syphilitische sind, andere nicht. Denn es giebt nicht nur gummöse syphilitische Veränderungen, sondern auch sonst welche, die wir als syphilitische nicht anerkennen, die aber mit Hülfe der Statistik mit der Zeit anerkannt werden müssen. S. hält sowohl für die Tabes als für die Paralyse die Syphilis als wichtigste Ursache; er verweist auf Hirschls Erfahrungen, welche zeigen, dafs man bei den Tertiärsyphilitischen auch nicht immer die Syphilis nachweisen kann, daher auch bei den fehlenden 10 % die Syphilis angenommen werden kann. Zum Schlusse fragt er den Vortragenden, wie er sich die von Hirschl gemachten Erfahrungen erklärt, wo von den neun Paralytischen, die mit Syphilisvirus geimpft worden sind, kein einziger Syphilis bekommen hat?

Donáth kann mit Genugthuung konstatieren, dafs sich die Meinung der ärztlichen Welt wesentlich verändert hat, seitdem Sarbó seine Ansichten bezüglich der Tabesätiologie auseinandergesetzt hat; allenfalls hat sich dieselbe insofern verändert, indem kein einziger in der Diskussion, mit Ausnahme von Sarbó, die These aufstellte, dafs die Syphilis die einzige Ursache der Tabes ist. D. war derjenige, der dagegen zuerst sein Wort erhoben hat, dafs man in 90 % wohl die Syphilis nachweist, in 10 % aber nicht nachweisen kann, selbst dann nicht, wenn man zum Hirschlschen Kunstgriff schreitet. Was ihn und den Vortragenden eigentlich den Vortrag abzuhalten verleitet hat, ist kurz gefafst, dafs man die Syphilis als einzige Ursache für die Tabes nicht halten kann, und zwar 1. weil von den vielen syphilitischen Kranken wenige an Tabes erkranken; 2. unter den syphilitischen Frauen giebt es wenig Tabiker; 3. in den syphilitischen Leichen findet man keine Tabes und in den tabischen Leichen keine Syphilis, und endlich verweist er auf die interessanten Daten, welche in neuerer Zeit zusammen getragen worden sind, dafs die primitiven Völker für Tabes nicht disponieren im Gegensatze zu den civilisierten Völkern. Die ganze Grundidee des Vortrages konkludiert darin, dafs die Syphilis nicht die einzige Ursache der Tabes sein kann, sondern dieselbe gegebenen Falles höchstens prädisponierend wirken kann.

A. Alpár-Budapest.

Paralyse und Syphilis, von Prof. v. Speyr-Bern. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1899. No. 5.) Verfasser führt mehrere kurze Krankengeschichten von Paralytikern und Tabetikern an, welche ihn in seiner Überzeugung bestärken, dafs der progressiven Paralyse und der Tabes stets Syphilis zu Grunde liege; er erkennt aber gleichzeitig noch manche andere verstärkende Ursachen an. *C. Müller-Genf.*

Syphilis und Tabes, von Touche-Brévannes. (*Presse méd.* 15. März 1899.) Die Frage, ob alle Tabiker ehemals Syphilis durchgemacht haben und ob unter den an Tabes Leidenden der Prozentsatz an Syphilitischen grofs oder klein ist, wird erst durch umfangreiche Statistiken sich lösen lassen. Touche hat auf ihre syphilitischen Antecedentien 23 männliche Tabiker untersucht, und zwar nur dann Lues gelten lassen, wenn dieselbe deutliche Symptome gezeitigt hatte und eine spezifische Kur

erfolgt war. Von den 23 Kranken waren 12 notorisch luetisch. Folgende Tabelle ist sehr interessant:

Fall	Alter bei der Infektion	Alter beim Auftreten der Tabes	Zwischenzeit, Jahre
I	47	48	1
II	33	37	4
III	27	34	7
IV	30	38	8
V	24	34	10
VI	22	37	15
VII	25	46	21
VIII	22	44	22
IX	20	42	22
X	32	55	23
XI	27	51	24
XII	18	45	27

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dafs die Tabes verschieden lange nach der Infektion auf sich hat warten lassen. Das eine trifft aber auf 11 von den 12 Fällen zu: entweder erscheint die Rückenmarkserkrankung vor dem 10. oder nach dem 20. Jahre post infectionem. Auch hat die Thatsache einer sorgfältigen, oberflächlichen oder fehlenden Behandlung der Lues keinen Einfluſs auf die Zeit des Auftretens der tabischen Erscheinungen. *Hopf-Dresden.*

Syphilis und Gesichtslähmung, von Joseph Fraenkel-New York. (*New York. med. Monatsschr.* April 1899.) Verfasser berichtet zwei Fälle von Facialisparese, bei denen gleichzeitig Lues im sekundären Stadium bestand. Spezifische Therapie brachte beide Nervenerkrankungen der frühsekundären Periode zur Heilung. Verfasser möchte nicht mit absoluter Sicherheit aus der Heilung ex juvantibus auf die rein syphilitische Natur der Facialisparalyse schlieſsen, da ein zufälliges Zusammentreffen von Lues und refrigeratorischer Lähmung nicht mit Gewiſsheit von der Hand zu weisen ist. Jedenfalls rät Verfasser, in jedem Falle akuter Facialisparese auf bestehende Lues zu untersuchen. Alle Autoren stimmen überein, dafs diese Gesichtslähmung ein Teilsymptom sekundärer syphilitischer Erscheinungen sein kann, bezweifeln aber, ob die zeitige Sekundärperiode die Nerven selbst spezifisch zu schädigen im stande ist.
Hopf-Dresden.

Die rudimentären ophthalmoskopischen Stigmata der hereditären Lues, von Atonelli. (*Giorn. intern. d. sc. med.* 1898. No. 24.) Dieselben beziehen sich hauptsächlich auf den Augenhintergrund, speziell die Papille. Diese ist zuweilen etwas blafs, schmutzig weifs, ihr Rand mehr oder weniger verwischt und von einem dünnen mehr oder weniger vollständigen Pigmentringe umgeben, dessen Rand im Gegensatze zu demjenigen der Papille scharf gezeichnet ist. Die Gefäfse, besonders die Arterien, sind in ihrem Kaliber reduziert, ihre Ränder, an der Übergangsstelle zwischen Papille und Retina, undeutlich, wie verschleiert. Stellenweise verschwindet das Gefäfs vollständig oder es zeigt sich eingeschnürt. An der peripapillären Zone konstatiert man zweierlei Art von rudimentären Stigmata: meist handelt es sich um eine schieferartige Färbung, die am intensivsten in der unmittelbaren Umgebung der Papille ist und nach der Peripherie hin sich verwischt. Oder man sieht eine Suffusion der Retina, welche mit ihrer graulichen Färbung einzelne Segmente der peripapillären Region einnimmt. Im ganzen Augenhintergrund konstatiert man Pigmenthypertrophie oder -atrophie in Plaques oder in diffuser Form. Granulöse Pigmentation ist

ein häufiger Befund, zumal in den äquatorialen Abschnitten, seltener in den peripheren und nur ausnahmsweise in den peripapillären Zonen. Eine weitere, nicht seltene Erscheinung bei der hereditären Lues ist der Strabismus, welcher entweder auf centrale Störungen oder auf Veränderungen im Bewegungsapparate oder im Augenhintergrunde zurückzuführen ist. *C. Müller-Genf.*

Die Zeichen der hereditären Syphilis, von R. H. M. Dawbarn. (*New York med. Journ.* 8. April 1899.) Verfasser bespricht kurz folgende 27 Symptome. 1. greisenhaftes Aussehen mit gelblicher Hautfarbe, wie Milchkaffee, 2. Verdickung der Nabelschnur, die sich auch spät ablöst, 3. Pemphigus syphiliticus, 4. der gewöhnliche erythematöse Ausschlag, 5. Condylomata, namentlich am Anus, 6. Coryza syphilitica, 7. Heiserkeit, 8. Plaques muqueuses, 9. allgemeine Stomatitis und Pharyngitis, 10. Fehlen der allgemeinen Lymphdrüsenschwellungen, 11. Hämorrhagien (selten), 12. Pneumonie, weiße, 13. Leberschwellung, 14. Milzschwellung, 15. diverse Augenaffektionen, 16. Otitis media, 17. rapid auftretende Alopecia, 18. indolente Orchitis, 19. Neurosen, wie Chorea, Epilepsie, Hemiplegie, 20. Knochenaffektionen, Osteochondritis, 21. Periostitis, 22. Dactylitis syphilitica, 23. Onychie, Klauenform der Nägel, 24. früher Durchbruch der Milchzähne, 25. Hutchinsonsche Zähne, 26. säbelförmige Tibia und Deformität des Nasenbeins und anderer Knochen, 27. verschiedene Zeichen der überstandenen Syphilis in späterem Lebensalter, Narben, Fissur der Lippen etc.

Philippi-Itzehoe.

Beobachtungen über 84 Fälle von Syphilis, welche durch intravenöse Injektion von Quecksilbercyanid behandelt wurden, von A. Chopping. (*Lancet.* 18. Febr. 1899.) Die Beobachtungen stammen aus dem London Male Lock-Hospital. Die Behandlungsdauer erstreckte sich (abgesehen von 9 auszuscheidenden Fällen) von 7 Tagen bis 73 mit 4 bis 57 Einspritzungen. Es wurde, außer bei Kontraindikationen, täglich eine Pravazsche Spritze voll einer 1%igen Lösung in eine Vene des Vorderarms oder der Ellenbeuge injiziert. Mit den Resultaten erklärt sich Verfasser sehr zufrieden. Die Fälle, in tabellarischer Form in ihren Hauptmomenten geschildert, umfaßten alle Stufen der Krankheit. *Philippi-Itzehoe.*

Die Behandlung der sekundären Syphilis, von R. W. Taylor. (*New York med. Journ.* 8. April 1899.) Vor der Entwickelung des sekundären Ausschlages ist es nach T. nicht ratsam, die antisyphilitische Behandlung zu beginnen, weil das Krankheitsgift erst dann den Körper durchdrungen hat und man vorher nicht dieses, sondern die noch nicht syphilisierten, sondern intakten Körperzellen mit den Medikamenten bearbeitet und deren natürliche Widerstandsfähigkeit vorzeitig herabdrückt. Auch für die diagnostische Sicherheit ist ein zu frühes Eingreifen oft verhängnisvoll. Sobald aber das sekundäre Exanthem deutlich hervortritt, kann die Behandlung begonnen werden. Man giebt zweckmäßig zunächst Pillen mit dem Protojodid, dem Thymolacetat oder dem Tannat des Quecksilbers in Dosen von 0,03, von denen man täglich 3—6 Stück nehmen läßt. Diese Medikation kann einige Wochen lang bei genauer Beobachtung fortgesetzt werden, aber man muß sich ja hüten, über den Zeitpunkt, wo der Verdauungskanal das Hg nicht mehr verträgt, hinaus zu gehen. Nebenbei kann Hg in Salbenform lokal auf die Läsionen oder auch gelegentlich als allgemeine Einreibung als Übergang zur eigentlichen Schmierkur angewandt werden. Diese letztere wird in der üblichen Weise ausgeführt. Nach 15—20 Einreibungen macht man eine Pause von 8—14 Tagen, um dann wieder anzufangen. Zweckmäßig ist es, zur Förderung der Diaphorese jede Woche ein- oder zweimal ein heißes Bad zu geben. Daneben oder in den Pausen giebt man KJ in Gaben von 0,6—1,8 ter die;

muſs aus irgend einem Grunde die Schmierkur unterbrochen werden, so giebt T. gern: R. Hydrarg. bijodid. 0,10—0,24; Kal. jodat. 14,0—28; Tr. chin. cps. 74,0; Aquae 28 M. S. ter die 4,0 ex Aqua 28,0. — Nachdem auf diese Weise mit einmonatiger Unterbrechung 6 Monate lang fortgefahren ist, wird Patient meist ganz ohne Symptome sein und man kann 2—3 Wochen Pause machen. Dann folgt eine dreimonatliche Behandlungsperiode wieder mit Einreibungen und Einnehmen in gröſserer oder geringer Intensität; bis zum Ende des ersten Jahres soll aber ungefähr in dieser Weise stets fortgefahren werden. Im zweiten Jahr sollen etwa acht Monate der Behandlung gewidmet sein bei viermonatlicher Unterbrechung in regelmäſsigem, vierteljährlichem Turnus. Wird auf diese Weise 2—2½ Jahre lang gewissenhaft fortgefahren, so kann man in den meisten Fällen auf eine sichere, vollständige Genesung rechnen. Die sonstigen Behandlungsmethoden mit Injektionen, Hg-Dampfbädern u. s. w. sind bei passender Gelegenheit aushülfsweise auch zu verwenden, und namentlich ist die Hygiene in jeder Beziehung sorgfältig zu berücksichtigen. *Philippi-Itzehoe.*

Die Behandlung der Syphilis, von J. B. Bangs. (*New York med. Journ.* 8. April 1899.) Abgesehen von der allgemeinen, mehr hygienischen Behandlung empfiehlt B., die sofortige spezifische Therapie zu beginnen, sobald die Diagnose der syphilitischen Infektion sicher ist. In geeigneten Fällen führt er auch die Excision des Primärgeschwürs aus. Interne Medikamente giebt er in dem Maſse, als sie vertragen werden, und wechselt dann mit Inunktion damit ab. Bei malignen Formen giebt er gern der prompten Wirkung wegen Sublimatinjektionen, jedoch mit Vorsicht. Die Behandlung soll mindestens drei Jahre fortgesetzt werden. Das Verhalten der Lymphdrüsen namentlich am Ellenbogen ist ein wichtiges Kriterium der erfolgreichen Kur. *Philippi-Itzehoe.*

Über Erfahrungen mit der Welanderschen Methode der Anwendung von Unguentum Hydrargyri cinereum bei Syphilis, von Stern. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 6.) Der Verfasser hat die Welandersche Methode der Hg-Behandlnng (ununterbrochenes Tragen eines täglich frisch mit Hg-Salbe bestrichenen Lappens auf Brust und Rücken) bei ca. 100 Patienten angewendet; er kann bestätigen, daſs diese einfache, reinliche und schmerzfreie Methode die luetischen Erscheinungen sowohl bei frisch infizierten wie auch bei Kranken mit Recidivformen ebenso rasch beseitigt wie die anderen Arten der Hg-Applikation. Ob sich Recidive rascher oder heftiger einstellen als nach den alten Methoden, darüber ist ein Urteil zur Zeit noch nicht möglich. *Götz-München.*

Die Therapie der Tabes, von A. Sarbó. (*Orvosi-Hetilap.* 1898. No. 11.) Die Behandlungsmethode, welche vom Verfasser befolgt wird, besteht im folgenden: Unter Beobachtung der Widerstandsfähigkeit des Kranken läſst er den Kranken zwei Touren (30—40 g) verreiben; wird die Einreibungskur gut vertragen, so läſst er den Kranken weiter behandeln, bis derselbe 120—160 g Ung. Hydrarg. verrieben hat. Nach dieser nimmt der Kranke 1—2 Monate hindurch Jodkalium (1—2 g pro die), worauf wieder 8—10 Touren gemacht werden, so daſs der Kranke 250—300 g graue Salbe verrieben hat. Zum Schlusse wird eine Kaltwasserkur gemacht. In der ganzen Zeit soll groſses Gewicht auf die gute und reichhaltige Ernährung gelegt werden. Wenn man bei den ersten Touren beobachtet, daſs die Einreibungskur sehr angreift, wenn z. B. gröſserer Gewichtsverlust eintritt, so wird dieselbe aufgelassen und 3—4 Wochen hindurch Jodkalium gereicht, worauf mit der Einreibungskur wieder begonnen werden kann, vorsichtig vorwärts schreitend mit 2—4 wöchentlichen Unterbrechungen. In dem folgenden Jahre ist es wieder angezeigt, eine Einreibungskur von 8—10 Touren

machen zu lassen. — Bei Beurteilung der Resultate der antisyphilitischen Behandlung sind noch viele fragliche Punkte unentschieden. Dafs dieselbe wirkt, ist aus dem prompten Verschwinden einzelner Symptome ersichtlich. Die Frage, ob mit der antisyphilitischen Behandlung das Weiterschreiten der Tabes verhindert werden kann, ist wegen der kurzen Beobachtung seiner Fälle noch nicht zu entscheiden. Zusammenfassend die bis jetzt erreichten Resultate, mufs er sagen, dafs wenn auch das endgültige Resultat der antisyphilitischen Behandlung resp. deren Prohibition noch nicht entschieden werden kann, so giebt es Gründe, welche darauf hinzuweisen scheinen, dafs man in dieser Richtung diese Methode mit Resultaten anwenden kann und in Anbetracht ihrer Unschädlichkeit gemäfs der oben besprochenen Indikationen der Versuch in jedem einzelnen Tabesfalle indiziert ist. Nebstdem ist noch die roborierende Behandlung, Kaltwasserkur, Elektrisation und Massage angezeigt.

Diskussion. Prof. Kétly: Soviel steht fest, dafs zwischen der Tabes und der Syphilis ein bestimmter Zusammenhang vorhanden ist. Dieses haben Fournier, Erb, Gowers und besonders Moebius hervorgehoben. Die Verläfslichkeit und die Statistik des letzteren sind derartig instruktiv, dafs dieselbe von den Ärzten acceptiert wird, und seine eigenen Erfahrungen der letzten Jahrzehnte haben ihn auch zu der Überzeugung gebracht, dafs man in den meisten Fällen der Tabes die Syphilis nachweisen kann, sodafs mit Ausnahme von Leyden und dessen Schule im allgemeinen acceptiert wird, dafs 90 %, nach Moebius 100 % der Tabesfälle syphilitisch waren. Und wenn er auch die Tabes von der Syphilis herstammend erklärt, so doch nicht als direkte syphilitische Erkrankung, sondern als postsyphilitische, bei der eine parenchymatöse Degeneration vorhanden ist, welche, ob selbe primär oder sekundär ist, in ein anderes Kapitel gehört. — Nebenbei bemerkt er, dafs er die Ansicht des Vortragenden nicht teilen kann, dafs die lancinierenden Schmerzen das erste Symptom bilden; denn er hatte mehrere hundert Fälle beobachtet, wo neben den lancinierenden Schmerzen auch die Pupillenstarre bereits entwickelt war, nur die Kranken hatten keine Kenntnis davon. Auch hält er für nicht genügend zur Sicherung der Tabesdiagnose die lancinierenden Schmerzen und das Kniephänomen, sondern auch die Pupillenstarre mufs vorhanden sein. — Was nun die Tabestherapie mit Merkur anbelangt, wenn auch seine Erfahrungen nicht so reichhaltig sind wie die von Erb und Fournier, kann er doch nicht die Ansicht des Verfassers teilen. Denn wenn auch die Tabes thatsächlich als von der Syphilis verursacht acceptiert ist, so erklären auch die sanguinischsten Verfechter dieser Ansicht (Moebius), dafs dieselbe eine postsyphilitische Erkrankung, nicht eine direkte syphilitische Viruswirkung ist, sondern dafs unbekannte Toxineverwandlungen diese Veränderungen hervorrufen, welche sich als degenerativer Prozefs der Hinterstränge äufsern. Wenn dem so ist, was auch wahrscheinlich ist (in den meisten Fällen entwickeln sich die Tabessymptome erst in späten Jahren, 10—15—20 Jahre nach der ersten Infektion), so kämpfen wir laut den jetzigen Erfahrungen gegen die modifizierten Toxine mit der Merkurialbehandlung umsonst an, aber auch ohnmächtig sind wir gegenüber den durch die Toxine hervorgerufenen degenerativen Veränderungen. Wenn diese bereits in Form von lancinierenden Schmerzen, wenn auch das erste Mal, aufgetreten sind, so kann die Merkurialbehandlung dieselben weder beeinflussen, noch zurückbilden. In keinem einzigen Falle ist es ihm gelungen, die Tabes, vorausgesetzt, dafs die Diagnose eine richtige war, mit Merkur zu bessern, was nicht ausschliefsen soll, dafs das Quecksilber ein mächtiges Mittel ist; dieses soll angewendet werden, wo Tabes, Syphilis vorhanden ist, weil die Syphilis zu heilen eine Pflicht ist. Denn es giebt Fälle, bei denen die Syphilis gänzlich fehlt, und wo die scheinbaren Tabessymptome auf Einreibungen sich besserten, ist anzunehmen, dafs hier die latente Syphilis

sich zurückgebildet hat. So soll in jedem Falle, wo neben Syphilissymptomen Tabes vorhanden ist, die Syphilis behandelt werden, und selbst wo nur ein Verdacht vorhanden ist, auch dort ist die antisyphilitische Behandlung zulässig, natürlich die bestimmten Kautelen beibehaltend. Wenn aber einmal die Tabes richtig diagnostiziert ist, dann bessern sich auch selbst die Anfangssymptome nicht, selbst wenn der Kranke genügend lange und energisch mit Merkur behandelt wurde. — Diesbezüglich, ob die Merkurialbehandlung schädlich sein kann oder nicht, möchte er sich auch nicht so leicht auf den Standpunkt des Vortragenden stellen, obzwar es wahr ist, dafs blofs gewisse Gegner der Merkurialbehandlung, wie z. B. Leyden, Fälle vorbringen, wo die Merkurialbehandlung schädigend war. Es ist aber nicht von der Hand zu weisen, dafs das Quecksilber mächtig einwirkt, und wenn dasselbe ohne Notwendigkeit angewendet wird, so wird der Organismus geschwächt und so verliert der Organismus sein einziges Kampfmittel, seine Kraft, und so kann der Entwickelung der Tabes nur Vorschub geleistet werden. Deswegen ist bei der Behandlung in Erwägung zu ziehen, ob wir nicht schaden.

Donáth ist der Ansicht, dafs die Syphilis allein nicht die einzige Ursache für die Tabes sein kann, denn die Statistik ist blofs ein Rechenexempel, welche den kausalen Nexus nicht nachweisen kann, sondern blofs den quantitativen Zusammenhang. Es kann wohl angenommen werden, dafs die Syphilis eine bedeutende Rolle bei der Tabes spielt, und benutzt auch er antisyphilitische Behandlung bei vorhergegangener Syphilis, aber nur in der einzigen Hoffnung, dafs die Syphilis befördernd wirkt auf die Tabes, und dieses befördernde Moment besiegt werden mufs. Es ist aber selbstverständlich, dafs die parenchymatösen Entartungen nicht beeinflufst werden können. Die Syphilis ist wohl ein prädisponierendes Moment für die Tabes, aber als ein solches mufs auch die angeborene Schwäche des Centralnervensystems betrachtet werden. Eine vorsichtig eingeleitete Merkurialbehandlung kann nicht schaden, besonders in zweifelhaften Fällen.

Tihanyi kann auch nicht die Ansicht des Vortragenden teilen, dafs die Syphilis die ausschliefsliche Ursache der Tabes ist, denn es sind genügend Fälle bekannt, wo mit apodiktischer Sicherheit nachgewiesen werden konnte, dafs keine Syphilis vorhergegangen ist und sich dennoch Tabes entwickelte. Die Argumentation könnte aber auch umgekehrt werden und man mufs fragen, warum die Tabes, wenn dieselbe ausschliefslich durch die Syphilis verursacht wird, nicht so viel Opfer fordert bei den syphilitischen Frauen, z. B. bei den Prostituierten. Wenn auch Vortragender die Antwort darauf weifs, indem er annimmt, dafs die Tabes bei den Prostituierten, die Syphilis durchgemacht haben, erst in einem Alter sich entwickelt, in welchem die Prostituierten bereits einen anderen Lebensberuf haben, so kann er als Polizeiarzt erklären, abgesehen davon, dafs es eine ganze Anzahl von Prostituierten giebt, die diesen Beruf mehrere Decennien hindurch ausüben: Die polizeiärztliche Kontrolle hat auch einige Hundert derartiger Frauen zu beobachten (Wirtschafterinnen, Haushälterinnen, Wäscherinnen, Aufräumerinnen etc.), die in den Jugendjahren Prostituierte waren, und obzwar der gröfste Teil über allen Zweifel Syphilis durchgemacht hat, so kann man zwischen diesen nicht häufig oder wenigstens nicht auffallend häufiger die tabische Erkrankung beobachten als bei anderen Frauen. Auch dieser Umstand spricht dafür, dafs wenn auch in einer grofsen Zahl der Fälle der kausale Nexus zwischen Syphilis und Tabes nicht geleugnet werden kann, kann doch nicht behauptet werden, dafs die Tabes in jedem Falle und hauptsächlich durch die Syphilis verursacht wird. *A. Alpár-Budapest.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über Ätiologie, Symptome und Behandlung der septischen Infektion der Harnwege, von THORKILD ROVSING. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1899. No. 8.) Die Arbeit giebt die Ergebnisse des Buches wieder, welches Verfasser über die infektiösen Erkrankungen der Harnwege herausgegeben. Es ist dasselbe in diesen Blättern bereits besprochen, sodafs hier nicht näher auf den Inhalt einzugehen nötig ist. Hingewiesen sei nur nochmals auf die prophylaktische Bedeutung der Injektion von 40—50 ccm 2%iger Silbernitratlösung in die Blase nach allen instrumentellen Eingriffen. Drei bis vier Minuten nach der Injektion wird die Blase entleert und mit sterilem Wasser ausgespült. Bei täglichem Katheterismus der Prostatiker wird die Blase mit 1%iger Phenosalyllösung gewaschen; ist der Harn aber trübe, dann kommt auch hier das Argentum nitricum zur Anwendung. — Therapeutisch spielt bei Cystitis letzteres Medikament die Hauptrolle. Bei von der Niere ausgehender Bakteriurie oder Pyelitis wirkt das Trinken von zwei Litern Wasser neben Saloldarreichung sehr prompt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein neuer Apparat zur Sterilisation elastischer Katheter, von RUPRECHT-München. (*Ärztl. Polytechnik.* Febr. 1899.) RUPRECHT giebt eine durch vier Abbildungen erläuterte Beschreibung seines neuesten Dampfsterilisators für elastische Katheter in Taschenform; in dem kleinen kompendiösen Apparat ist alles zum Sterilisieren Nötige geschickt untergebracht — Spiritus für dreimaligen Gebrauch, Glycerin zum Anfeuchten der Instrumente, das jedes Mal wieder mit keimfrei gemacht wird. Der Apparat kann nicht nur vom Arzt mit gröfstem Vorteil verwendet werden, da sich in ihm auch andere kleine Instrumente, wie Spritzennadeln, Drainagerohre u. a. sterilisieren lassen, sondern er wird auch dem Prostatiker und Cystitiker wegen seiner leichten Transportabilität hochwillkommen sein. Ein beigegebenes kleines Mafs garantiert die zum einmaligen Sterilisieren nötige Wassermenge. Nach 3 Minuten kocht das Wasser und beginnt Dampf zu entwickeln. Diesen läfst man noch weitere 3—5 Minuten einwirken. Dann ist alles steril. Kosten pro einmaligen Gebrauch ½ Pfg. Es ist hochprozentuierter Spiritus zu benützen. *Hopf-Dresden.*

Zur Katheterdesinfektion, von RICHARD HULDSCHINER. (*Wien. med. Blätt.* 1899. No. 8.) Das Problem der Katheterdesinfektion ist noch nicht gelöst, soweit es sich um elastische Instrumente handelt. Viel benutzt wird Formalin, speziell in Form der Formalithpastillen (SCHERING), die in den zur Katheteraufbewahrung dienenden Glascylinder gelegt werden. Man mufs dabei aber die Vorsicht brauchen, den sich auf den Instrumenten niederschlagenden Formalintau vor dem Gebrauche mit sterilem Wasser abzuspülen. Dafs aber trotzdem noch eine starke Reizung der Harnröhre erzeugt werden kann, lehrt der mitgeteilte Fall. Nach der Anwendung von in genannter Weise sterilisierten elastischen Sonden trat starker Drang mit Retention auf, die nur durch Metallkatheter zu beseitigen war. Fingergliedlange, wurmförmige, weifsgelbe Fetzen, Produkte der entzündeten Urethralschleimhaut, wurden nachher entleert. Spasmus und Entzündung liefsen erst nach, als man Instrumente benutzte, die formalinfrei waren. Ein später wiederholter Versuch, in Formalin desinfizierte Instrumente zu benutzen, führte zu demselben Resultat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Behandlung der Urogenitaltuberkulose, von B. GOLDBERG. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 5 u. 6.) Die vorwiegend chirurgische Behandlung der chronischen Urogenitaltuberkulose im letzten Jahrzehnt hat eine Überschätzung dieser Therapie und eine Unterschätzung der Hülfsmittel der Diät, des Klimas und des Arzneischatzes zur Folge gehabt. Dies ist für eine Reihe von Patienten ver-

hängnisvoll geworden. Denn die Erwägung, daſs z. B. von den 136 nach PALET (1894) wegen Nierentuberkulose Nephrektomierten 51, also fast 40% gestorben sind, ohne daſs in allen 51 Fällen vitale Indikation zur Operation vorlag, daſs aber nur 29, also etwa ein Fünftel der Operierten länger als ein Jahr geheilt blieben, bestätigt die pessimistische Anschauung des Verfassers in Beziehung auf die rein chirurgische Therapie. Die Ursache dieser relativ schlechten Erfolge einer ausschliefslich chirurgischen Behandlung der Urogenitaltuberkulose ist ihre Multiplicität, d. h. die gleichzeitige Erkrankung mehrerer Teilorgane des Urogenitaltractus. — Verfasser erörtert dann ausführlich die Erfolge der chirurgischen Therapie der einzelnen tuberkulös erkrankten Organe und weist daraus die Notwendigkeit einer internen Behandlung bei allen Lokalisationen und in allen Stadien der Urogenitaltuberkulose nach. Neben der klimatisch-diätetischen Behandlung (Schutz vor Kälte und Nässe, gute, reine Luft, gute, reizlose Diät, Vermeidung zu groſser Flüssigkeitszufuhr) ist stets auch die medikamentöse Therapie angezeigt. Seit 2½ Jahren wendet Verfasser mit bestem Erfolge das Ichthyol an, welches er auf Grund seiner Beobachtungen an 13 Fällen als ein sehr wirksames Mittel gegen Urogenitaltuberkulose bezeichnet. Von den 13 Fällen blieb nur ein einziger vom Ichthyol unbeeinfluſst, aber es war in diesem Falle das Ichthyol in Klysmen vom Patienten selbst angewandt und möglicherweise gar nicht resorbiert worden. — Die Besserung erstreckte sich einerseits auf den Allgemeinzustand, anderseits auf die örtlichen Erscheinungen. Der Allgemeinzustand wurde 12 mal gebessert. Zwei Patienten, welche an Nachtschweiſsen litten, verloren dieselben nach der Einnahme des Ichthyols. Mehrfach wurden Gewichtszunahmen festgestellt. Verfasser hat auch in 20 Fällen von Tuberkulose anderer Organe die kräftigende, appetitanregende, gewichtsvermehrende Wirkung des Mittels feststellen können. — Auch die örtlichen Erscheinungen der Urogenitaltuberkulose wurden durch das Ichthyol erheblich gebessert, woraus hervorgeht, daſs das Medikament keineswegs die Rolle eines einfachen Tonicums spielt. — Blutungen bestanden zur Zeit des Beginns der Ichthyolmedikation bei vier Patienten, in je einem Falle aus der Blase resp. Prostata, in zwei Fällen aus der Niere. In allen vier Fällen hat das Ichthyol die Blutung zum Versiegen gebracht. — Die Eiterung, welche bei allen Patienten in den Harnorganen bestand, ist bei allen Patienten vermindert worden. Bei allen ist der Harn klarer geworden. Bei zwei Patienten ist der Harn vollkommen klar, die Pyurie vollkommen beseitigt worden. Bei den anderen war Abnahme der Pyurie zu konstatieren. — Der Harndrang, die Häufigkeit der Harnentleerung wird ebenfalls durch Ichthyol verringert, auch die Schmerzen werden im allgemeinen günstig beeinfluſst. — Verfasser giebt das Mittel in folgender Form: Ichthyol. sulfoammoniac.; Aq. destill. ā 20,0. Dreimal täglich nach dem Essen in viel Wasser 10—70 Tropfen. Der Patient soll, je nachdem sein Magen es verträgt, die Dosis steigern. Je mehr, desto besser. Denn das Mittel ist ganz ungiftig und wirkt erst in gröſseren Mengen genommen. Bei keinem der 38 Patienten, denen Verfasser Ichthyol gab, beobachtete er schädliche Nebenwirkungen. Man soll das Mittel durch Jahre geben. *I. Bloch-Berlin.*

Über methodische unblutige Erweiterung der Phimosis kleiner Knaben, von F. SCHILLING. (*Münch. med. Wochenschr.* 14. März 1899.) Während Verfasser in den ersten 22 Jahren seiner ärztlichen Thätigkeit alljährlich ein paar Fälle von Phimose bei strenger Indikationsstellung operativ behandelt hat, ist er in den letzten zwei Jahren dazu gelangt, durch Sondendilatation und manuelle Bearbeitung sowohl die kongenitale als die erworbene Verengerung der Vorhaut zu beseitigen. Die mitgeteilten Beobachtungen beziehen sich auf 10 Kinder im Alter von ½—2 Jahren, mit

zum Teil kaum für Knopfsonde durchgängiger Vorhautöffnung. Mit Daumen und Zeigefinger beider Hände wird die Vorhaut erfafst und mit sanfter Kraft zurückgezogen; alle paar Tage wird das Verfahren wiederholt, bis normale Verhältnisse hergestellt sind. Bei narbigen Stenosen, straffer Verwachsung beider Vorhautlamellen, bedeutender Tendenz des Gewebes zur Retraktion werde allerdings das Messer nötig sein, andererseits sei es überraschend, wie viele Fälle manuell geheilt werden können.
Philippi-Itzehoe.

Zur Operation der Hypospadie, von Beck. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 1.) Der Verfasser glaubt, dafs die Mifserfolge, die einzelne Chirurgen mit der von ihm angegebenen Methode der Harnröhrenplastik bei Hypospadie erzielten, ausnahmslos durch die ungenügende Ablösung und infolge dessen mangelhafte Mobilmachung der Harnröhre bedingt waren. — Zur Verbesserung des kosmetischen Resultates hat der Verfasser seine Methode insofern geändert, als er jetzt vermittelst eines feinen Stichmessers vorsichtig hinter dem distalen Ende der Penisrinne eingeht, um am proximalen Ende wieder auszustechen. Durch den auf diese Weise geschaffenen Wundkanal wird die mobilisierte Harnröhre durchgezogen und an der Eichelspitze befestigt. Die nach aufsen gedrängte Rinnenwand bildet nun den mäfsig dicken Mantel der lateralen Harnröhrenfläche. Der untere Wundrand des emporgehobenen Rinnenmantels wird mit den Hauträndern vernäht. *Götz-München.*

Ein Fall von geheilter Hypospadia perinealis, von Waitz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 19.) Der Knabe, 7 Jahre alt, welcher nach zweijähriger Behandlung durch eine Reihe von Operationen geheilt wurde, war im übrigen wohlgebildet und kräftig. Die Harnröhre mündete an der Basis des in zwei Hälften getrennten Scrotums. Der ziemlich ausgebildete Penis war durch einen straffen Strang stark nach unten gekrümmt; an der Unterseite der Eichel war eine flache Rinne als Andeutung der Harnröhre erkennbar. Verfasser stellte zunächst eine Harnröhre im Bereiche der Eichel her, dann durch eine Reihe von Operationen unter ausgiebiger Benutzung des Präputiums die übrige Harnröhre und erst zuletzt erfolgte der völlige Schlufs am Perineum. Als Bougies, über die der Harnröhrenkanal gebildet wurde, benutzte er Glasröhren, die nicht reizen; nur zuletzt kam ein Nélaton, der in die Blase reichte, zur Verwendung. *F. Hahn-Bremen.*

Epitheliom des Penis, von Rodmann. (*Med. News.* 4. Febr. 1899.) Von den drei bei Epitheliomen des Penis üblichen Behandlungsmethoden: Behandlung mit Causticis, mit dem Galvanokauter und operative Entfernung, giebt der Verfasser der letzteren den Vorzug. Die Mortalität ist am gröfsten nach der Galvanokauterisation; diese hat nicht selten Pyämie, Septikämie und Erysipel im Gefolge. Dagegen tritt nach Amputation des Penis bei jüngeren Männern manchmal schwere Hypochondrie auf. Die grofse Mehrzahl der Geschwülste des Penis ist carcinomatöser Natur. Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich venerische Affektionen des Penis in Betracht. *Götz-München.*

Epitheliom des Penis, von Jonathan Hutchinson jr. (*Lancet.* 22. April 1899.) Eine klinische Vorlesung ohne wesentlich neue Momente. *Philippi-Itzehoe.*

Ein Fall von chronischer Entzündung und Induration der Corpora cavernosa, von William R. Cochrane-Knoxville. (*New York med. Journ.* 29. April 1899.) Bei dem verheirateten Mann (Alter?) hat sich im Laufe von acht Wochen eine ovale, flache, harte Masse von 1 cm Breite und 1,5 cm Länge am Dorsum penis, ca. 3 cm hinter der Corona entwickelt; die Haut ist darüber frei beweglich, von dieser ovalen

Verhärtung zieht sich eine dünne, rundliche Verlängerung zu der Wurzel des Penis. Die verhärtete Masse besteht augenscheinlich aus einer Verdickung der Tunica albuginea und des Septum und wahrscheinlich teilweise auch der Corpora cavernosa, sie giebt zwischen den Fingern das Gefühl einer elastischen, knorpelartigen Resistenz. Patient hatte während der ganzen Entwickelung und des Bestehens der Affektion über keine Schmerzen zu klagen, Erektion verursacht nur Unbehagen. Prädisponierende oder wichtige ätiologische Faktoren, wie Trauma, Striktur, Blennorrhoe oder Syphilis konnten nicht ermittelt werden, keine gichtische Diathese, Urinuntersuchung negativ. Über den weiteren Verlauf der Affektion ist nichts bemerkt.

Stern-München.

Ein Fall von Sarkom der Corpora cavernosa, von W. H. Battle. (*Lancet.* 25. Febr. 1899.) Ein 50jähriger Mann, der seit 2½ Jahren an Beschwerden bei der Urinentleerung gelitten hatte und seit 2 Jahren eine allmählich zunehmende Anschwellung am Damm bemerkte, zeigte bei der vorgenommenen Operation einen vom linken Corpus cavernosum ausgehenden und bis auf das rechte übergreifenden Tumor, der sich nachher als ein Spindelzellensarkom auswies. Trotz starker Blutung konnte die Enukleation ausgeführt werden und Patient wurde nach ¼ Jahr als geheilt entlassen. Entgegen gegebener Anweisung entzog er sich bei einem späteren Recidiv der Behandlung und ging 4 Jahre später an Lungenmetastasen zu Grunde. B. begründet mit einigen Worten noch die Berechtigung der vorgenommenen Operation gegenüber der sonst in Betracht kommenden Amputatio penis. *Philippi-Itzehoe.*

Priapismus epilepticus, von Féré. (*Méd. mod.* 1899. No. 10.) Verfasser berichtet über einen 12jährigen Knaben, der an Konvulsionen bis zum neunten Jahre gelitten hatte (mit unwillkürlicher Harnentleerung, Zungenbissen und Stupor nach dem Anfalle). Diese Krampfanfälle waren eine Zeit lang unterblieben, als vor circa zwei Jahren Anfälle von Erythropsie an ihre Stelle traten, die nach zwei Monaten ebenfalls verschwanden, um durch äußerst schmerzhafte Anfälle von Priapismus ersetzt zu werden, welche sich jeweilen durch einen starken Schrei ankündigten. Dem letzten derartigen Anfalle folgte wieder ein epileptischer. Als der Patient einer Brombehandlung unterzogen wurde, blieben sowohl die Anfälle von Priapismus als von Konvulsionen aus. *C. Müller-Genf.*

Über die Wichtigkeit der Urethroskopie in der Diagnostik der im hinteren Abschnitte der Harnröhre sitzenden Harnröhrensteine, von S. Baumgarten. (*Orvosi-Hetilap.* 1898. No. 49.) Der 50jährige Patient leidet seit Jahren an Harnbeschwerden. Vor 20 Jahren machte er eine Blennorrhoe durch, der Harn zeigt sonst keine Veränderungen, nur Fäden, welche Schleim und Eiterzellen enthalten. Die Sondenuntersuchung ergab hinter dem Bulbus eine hochgradige Striktur. Die Striktur wurde nun erweitert, bis bei No. 18 beim Zurückziehen der Bougie ein rauhes Gefühl wahrgenommen werden konnte, und auch auf derselben zwei Kratzer sich zeigten. Bei der äußeren und rektalen Untersuchung konnte man wohl eine bohnengroße Verhärtung durchtasten, welche den Verdacht nach obiger Sondierung auf Stein schließen ließ, aber auch die kallöse Striktur sein konnte. Bei der urethroskopischen Untersuchung mit dem Caspersschen Spiegel No. 18 konnte nun an der unteren Wand des häutigen Teiles der Harnröhre ein mahagonifarbener Körper gesehen werden, der sich beim Berühren mit der Thompsonschen Zange als steinhart erwies. Verfasser versuchte nun die Extraktion des Steines; dieselbe gelang aber erst, nachdem die Striktur methodisch bis auf No. 24 erweitert wurde, da die Circumferenz des Steines dieser Nummer entsprach. Der Stein befand sich in einer Tasche hinter

der Striktur und bestand hauptsächlich aus Harnsäure. Die Bildung des Steines kann wohl so erklärt werden, daſs etwas Nierensand in der Tasche hinter der Striktur sich verfangen hat und zur Gröſse obigen Steines sich formierte. Patient giebt nämlich an, daſs er vor Jahren bemerkte, daſs mit dem Urin auch Sand abging. Nur die Urethroskopie führte in diesem Fall zur richtigen Diagnose. *A. Alpár-Budapest.*

Bemerkungen über Urethrotomien, von Sonnenburg. (Freie Vereinig. d. Chir. Berlins. Sitz. v. 11. Juli 1898.) Unter 31 Fällen von operativ behandelten Strikturen (24 blennorrhoische, 4 traumatische, 3 entzündliche) wurde 20 mal die Urethrotomia externa, 5 mal die Urethrotomia interna, 3 mal der Katheterismus posterior ausgeführt. Bei kurzen kallösen Strikturen ist die Urethrotomia externa, bei sehr langen, gewundenen, sowie bei multiplen Strikturen, auch bei Klappenbildung ist die Urethrotomia interna am Platze. Durch letztere Methode ist die völlige Durchtrennung der Gewebsmassen am besten zu erzielen. Die Gefahren sind gering. Die Blutungen stehen nach Einführung [eines dicken Katheters. Infektionen sah Redner nie. Er bedient sich mit Vorliebe des Urethrotoms von Voillewier. Von den 31 operierten Patienten konnte von 22 Nachricht erhalten werden. 12 sind dauernd geheilt (Beobachtungszeit bis zu 6 Jahren). Dieses Resultat muſs als ein günstiges bezeichnet werden, da die den Patienten stets anempfohlene Nachbehandlung mit Bougies doch meistens zu unterbleiben pflegt.

Koerte spricht sich gegen die Urethrotomia interna aus wegen der Unmöglichkeit, die von Bakterien wimmelnde Harnröhre genügend zu desinfizieren, empfiehlt dagegen sehr die Dilatation forcée nach Le Fort. Nach seinen Erfahrungen sind Recidive nach der Urethrotomia externa ziemlich häufig. — Mankiewicz perhorresciert die forcierte Dilatation mit dem Le Fortschen Apparat wegen der häufigen schweren Blutungen. Er führt eine feine Bougie durch die Striktur und läſst dieselbe 2 oder 3 mal 24 Stunden liegen. Danach kommt man ohne Blutung und ohne Einriſs immer mit einer No. 18 glatt durch. *I. Bloch-Berlin.*

Über Urethrotomia interna, von M. Schlifka. (*Wien. med. Presse.* 1898. No. 46.) Verfasser zieht die Urethrotomia interna bei kallösen Strikturen der allmählichen Dilatation vor und diese hauptsächlich mit dem Schnitte in die obere Wand. Diese Urethrotomie führte er in 16 Fällen mit dem alten Maisonneuveschen Instrumente mit bestem Erfolge aus, das aber die Rinne für die Einführung des Stabes, der an einem Ende das Messer trägt, an seiner oberen Seite führt. Die Vorteile gegen den Schnitt nach unten sind einerseits darin zu suchen, daſs das Messer in der oberen Wand eine bedeutend festere und am wenigsten veränderliche Unterlage besitzt, andererseits können bei dem Schnitte nach unten die allerschwersten Blutungen eintreten, und nachdem die meisten dieser Strikturkranken an septischen Harnleiden erkrankt sind, ist die Gefahr der septischen Urininfiltration stets vorhanden. Alle diese Bedenken sind mit einem Schlage beseitigt, wenn man die Incision der Striktur an ihrer oberen Wand ausführt. — Die Technik der Operation ist folgende: Nach gründlicher Waschung der Harnröhre bis zur Striktur wird durch dieselbe ein dünnes Leitbougie geschoben, an dessen Ende eine Schraube angebracht ist, um eine feste Verbindung mit dem Urethrotom zu erzielen. Ist die Striktur so eng, daſs dieses trotz seiner geringen Dicke von Charrière 8—10 nicht passirt, so muſs dieses erste Bougie auf einige Stunden eingeführt werden, um den Callus etwas zu erweichen. Hat das Urethrotom die Striktur passiert, dann wird der das Messer tragende Stab durch die Führungsrinne in die Harnröhre vorgeschoben. Der Knopf drängt die weiche Schleimhaut zurück, sodaſs gar kein Widerstand gefühlt wird, bis man an den Callus gelangt. Dieses Hindernis durchschneidet das Messer mit seiner vorderen Kante leicht.

Hat man die Striktur passiert, so kann man das Messer auf demselben Wege zurückziehen, oder indem man das Urethrotom ein wenig nach der einen oder der anderen Seite dreht, den Callus an einer anderen Stelle mit der zweiten Schneide durchtrennen. Diesen Vorgang kann man an mehreren Stellen wiederholen, um die Striktur in ihrer ganzen oberen Circumferenz zu incidieren. Hat man den Stab mit dem Messer entfernt, so wird unter einstweiliger Belassung des Leitbougies in der Harnröhre das Urethrotom wieder abgeschraubt, dafür ein langer gerader Mandrin angefügt und über diese lange Führungssonde ein vorne offener Katheter geschoben, der in der Harnröhre à demeure verbleibt, die Führung wird sodann entfernt. Der eingeführte Katheter darf die Harnröhre nie ganz ausfüllen, um eine jede Reizung des Callus zu verhüten, ein Umstand, der die Urethrotomie leicht diskreditieren kann, weil er zu denselben üblichen Zufällen Veranlassung geben kann, die man nach forcierter Dilatation beobachtet. Wie lange der Verweilkatheter verbleiben soll, hängt von den Umständen des Falles ab, in erster Linie davon, ob der Harn infiziert ist oder nicht. Bei nicht septisch erkrankten Harnwegen kann man den Dauerkatheter nach 24 Stunden entfernen; andernfalls thut man gut, ihn 2—3 Tage liegen zu lassen. Von höchster Wichtigkeit für ein dauernd gutes Resultat ist die Fortsetzung der Behandlung der Striktur mittelst Dilatation mit Metallsonden, um die Wundränder möglichst lange klaffend zu erhalten und ein rasches Wiederverwachsen der Wundränder zu verhindern. Von den 16 Urethromierten war die Striktur bei 15 blennorrhoischen, bei einem traumatischen Ursprunges. In allen Fällen, mit Ausnahme von zweien, betrug die Bettruhe nie mehr als 2—3 Tage, Komplikationen sind keine eingetreten.

A. Alpár-Budapest.

Ein Überblick über meine Erfahrungen mit der Urethrotomia interna anterior, von G. Frank Lydston. (*Med. News.* 4. März 1899.) In einem Zeitraum von 15 Jahren hat L. 1500 Urethrotomien oder noch mehr ausgeführt und tritt auf Grund seiner Beobachtungen warm für diese Operation ein. Bisher hat er keinen Todesfall zu verzeichnen gehabt, doch verkennt er nicht, dafs man doch stets auf unerwünschte Zwischenfälle gefafst sein mufs. Gegen Hämorrhagie hat sich Oleum terebinthinae am besten bewährt, Dosis: 0,6 auf 4,0 in Emulsion alle 2—3 Stunden. Auch noch 14 Tage p. o. hat Verfasser starke Blutung beobachtet. Zur Verhütung von infektiösem Fieber hat sich neben peinlicher Asepsis die innere Darreichung von Oleum eucalypti am besten bewährt. Mit der Einführung von Bougies wartet man bis mindestens zum vierten oder fünften Tage p. o. aufser etwa zur Behandlung eines verengten Meatus externus. Betreffs des Wertes der Methode führt Verfasser an, dafs viele chronische Tripper trotz aller Behandlung nicht ohne die operative Beseitigung der vorhandenen Verengerung heilen. Dabei ist zu beachten, dafs die Möglichkeit, ein dickes Bougie einzuführen (etwa 26 F.), an sich kein Gegenbeweis gegen Striktur ist. Verfasser hat zwei Fälle beobachtet, bei denen 35 eine Verengerung bedeutete, und nach der Operation eine permanente für eine Olive von 45 durchgängige Erweiterung erzielt wurde. Dies soll aber durchaus nicht zu einer kritiklosen Operationslust verführen; im Gegenteil, es giebt kein Gebiet in der Chirurgie, welches eine sorgfältigere und mehr individualisierende Auswahl der Fälle erfordert als eben dieses.

Philippi-Itzehoe.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. I[a]

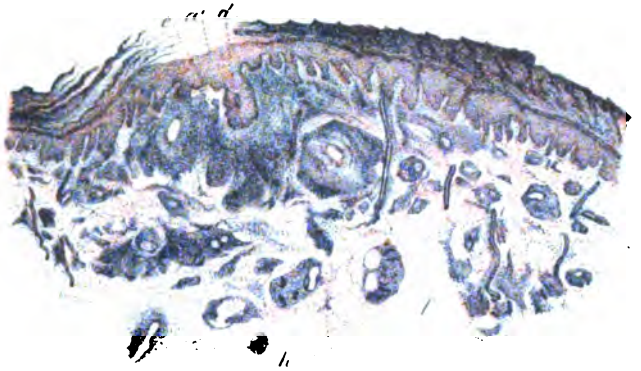


Fig. II[a]

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 6. 15. September 1899.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Parma
(Direktor Prof. G. Inzani).

Über einen Fall von Tuberculum anatomicum.
Histologisch-bakteriologische Untersuchungen.

Von

Dr. P. Guizzetti,
Assistent und Docent für pathologische Anatomie.

(Mit Tafel VII.)

Anfangs Januar laufenden Jahres erschien auf meinem linken Handteller, etwas unterhalb der Metacarpophalangealfalte des kleinen Fingers ein kleines, etwa 2 mm langes ziemlich tiefes Geschwürchen. Ich will gleich bemerken, dafs ich im Mittel täglich zwei Autopsien auszuführen habe, wovon 20% von tuberkulösen Individuen stammen, und dafs ich trotz meines Geschwürs meine Thätigkeit nicht einstellte. Im Verlaufe der nächsten Wochen schien das Geschwür vernarben zu wollen, indem es kleiner wurde und sich mit einer dünnen Kruste bedeckte; plötzlich aber wurde es schmerzhaft und nach zwei oder drei Tagen öffnete es sich wieder mit Sekretion einer spärlichen trüben Flüssigkeit. Gleichzeitig bildete sich unterhalb und in der Umgebung des Geschwürs eine Induration in Gestalt eines rundlichen Knötchens, das von der Gröfse eines Pfefferkorns zu derjenigen einer Erbse anwuchs und von einem infiltrierten Hofe umgeben war. Es schien in der Cutis gelegen, auf den darundergelegenen Geweben beweglich und verursachte mir beim Drucke einen dumpfen, nicht sehr heftigen Schmerz.

Am 24. April — Datum der Exstirpation — war das Knötchen wie eine kleine Erbse grofs; in seiner Mitte safs das Geschwür wie eine kraterförmige Öffnung; die umgebende Infiltration hatte die Ausdehnung von $^2/_3$ eines Soldo. Längs den Lymphgefäfsen, sowie an den epitrochlearen und axillaren Lymphdrüsen bestanden keine Veränderungen.

In anamnestischer Beziehung will ich bemerken, dafs ich, so viel ich weifs, selbst gesund bin und aus einer Familie stamme, deren Mitglieder

ein hohes Alter erreichen. Doch ist mir eine zwanzigjährige Schwester an Gelenktuberkulose gestorben und ich selbst habe schon vor drei Jahren am linken Zeigefinger ein Tuberculum anatomicum gehabt, das doppelt so groſs war als das jetzige und das ich innerhalb eines Jahres mit dem Thermokauter zum Verschwinden brachte.

Am 24. April entfernte mein Freund Dr. GARBARINI das Tuberculum mit dem umgebenden Gewebe durch vier rautenförmig angelegte Schnitte, nachdem die Stelle zuvor mit 1 ‰ Sublimatumschlägen behandelt worden war; während der Exstirpation dagegen kamen keine Antiseptica zur Verwendung und, um die bakteriologische Untersuchung nicht zu beeinträchtigen, wurde auch keine Lokalanästhesie gemacht. Die Wunde wurde vernäht und heilte per primam.

Mit bloſsem Auge betrachtet erschien die Haut doppelt so dick als in der Umgebung. Auf der senkrechten Schnittfläche zeigte sich in der Dicke der Cutis ein kleiner weiſslicher, käseartiger Herd, in dessen Umgebung eine wenig scharf umschriebene, ungleichmäſsig rötlichgraue Zone zu sehen war.

Ich inokulierte einem Meerschweinchen den mittleren, das ganze Geschwürchen umfassenden Teil des Tumors, und behielt die beiden seitlichen Abschnitte für die mikroskopische Untersuchung. Härtung in absolutem Alkohol, Einschluſs in Paraffin, wobei zum Teil Terpentinöl, zum Teil Anilinöl mit Xylol, nach einem von mir an anderer Stelle angegenen Verfahren verwendet wurde (1).

Die histologische Beschreibung der Präparate wird am besten ersichtlich aus den beigefügten Tafeln. Wie gesagt, enthalten die für die mikroskopische Untersuchung reservierten Teile des Tumors die ulcerierten Partien nicht.

Fig. I giebt bei schwacher Vergröſserung beinahe das ganze Gebiet der Veränderung, aus einem dem mittleren Teile am nächsten gelegenen Schnitte. Fig. II entspricht einem anderen Präparate, das dem vorhergehenden aber sehr nahe kommt; ich habe darin den wichtigsten Teil derselben Veränderung in dreimal stärkerer Vergröſserung wiedergegeben.

Das Stratum corneum ist in den peripheren Teilen des Tuberculums merklich dicker als unter normalen Umständen. Je mehr man sich aber der Stelle nähert, wo das centrale Geschwürchen liegen sollte, wird es dünner, lockerer und verschwindet schlieſslich ganz (Fig. I, *a*—*a*). Ungefähr an gleicher Stelle verschwindet auch das Stratum granulosum (Fig. I, *b*) und gleich danach wird ebenfalls die Stachelschicht — wenigstens an den dem Geschwüre am nächsten gelegenen Teilen — da wo sie die Papillen überzieht, dünner. Andererseits weist das Stratum spinosum, zumal in den centralen Partien der Veränderung, eine stärkere

Entwickelung der interpapillären Fortsätze auf, welche sich finger- oder keulenförmig in die Cutis einsenken und stellenweise anastomosieren (Fig. I, II, *f*). Diese Erscheinung ist an gewissen Stellen, die auf der Zeichnung nicht reproduziert worden sind, besonders deutlich. Die Zwischenräume der Stachelzellen, besonders in der Nähe des Papillarkörpers, sind merklich erweitert und zwischen den Epithelzellen haben sich an manchen Orten Wanderzellen niedergelassen. Endlich sind in der basalen Schicht der Stachelzellen die Karyokinesen in allen Stadien sehr zahlreich.

In der Cutis unterscheidet man eine centrale diffuse Infiltrationsfläche und um dieselbe herum eine ausgedehntere Infiltrationszone, die sich aus Streifen und mehr isolierten, längs den Gefäßen, Nerven- und Knäueldrüsen verteilten Centren zusammensetzen.

Die diffuse Infiltrationsfläche umfaßt den ganzen Papillarkörper und erstreckt sich bis in die unmittelbare Nachbarschaft des retikulären Derma in nächster Nähe des tiefen Gefäßnetzes. In den Schnitten, welche dem mittleren Teile des Tumors entsprechen, in der Mitte dieser Fläche und gleich unterhalb der Stachelschicht liegt ein kleines Feld nekrotischen Gewebes, das ungleichmäßig zerstreute und in Chromatolyse sich befindende Kernfragmente enthält (Fig. 1, *e*). Dieses Feld hat in dem der Stachelschicht benachbarten Teile in Folge der beträchtlichen Anzahl und der besonderen Form der Kerne das Aussehen von Eiteransammlungen, in den tieferen Teilen dagegen von käsigem Gewebe. In Fig. I sieht man einen Teil desselben isoliert und das käsige Centrum eines Tuberculum bildend, das von einer gleichmäßigen Zone in einem Netze eingeschlossener epithelioider Zellen umgeben ist. Zwischen den epithelioiden Zellen und an der Grenze des verkästen Centrums befinden sich 5—6 Riesenzellen.

An der Grenze der diffusen Infiltrationsfläche im retikulären Derma zwischen dem oberflächlichen und dem tiefen Gefäßnetze läßt sich ein anderes Tuberculum erkennen (Fig. I und Fig. II, *f*). In einzelnen, aber nicht in allen Schnitten ist dasselbe im Centrum nekrotisch, verkäst; drum herum breitet sich eine Zone epithelioider Zellen aus, die in einem fibrillären Bindegewebe zerstreut liegen, und in der Peripherie sieht man Haufen epithelioider Zellen. In der inneren Zone sind wieder 3—4 Riesenzellen.

Außerhalb der Tubercula ist die Infiltration diffus, aber wie gesagt nicht gleichmäßig. Sie schiebt sich in etwas ungleichmäßiger Weise in die Papillen hinein und sammelt sich stellenweise zu Häufchen und Streifen an. Sie besteht größtenteils aus mononukleären Leukocyten und im übrigen aus größeren, an zuweilen gekörntem Protoplasma reichen Zellen, die ein oder zwei blasenartige Kerne enthalten und höchstwahr-

scheinlich bindegewebigen Ursprungs sind. Auch sieht man einige zerstreute Mastzellen; diese letzteren sind aber nicht zahlreich.

Die Karyokinesen sind im infiltrierten Gebiete und in den Tuberkeln selten und befinden sich meist in den ersten Phasen; man sieht sie fast ausschliefslich in den epithelioiden und fixen Bindegewebszellen, nur ausnahmsweise in den Leukocyten. In den Tuberkeln vermochte ich Karyokinesen nur in der Peripherie nachzuweisen.

Die kollagenen Fasern werden bei ihrem Eintreten in die Infiltrationszone rasch seltener und dünn und verschwinden schliefslich ganz. Dasselbe konstatiert man an der Übergangsstelle in die Tuberkel, nur scheint es mir, dafs sie sich in den centralen Partien derselben, wie dies UNNA (2) beim Lupus nodularis gefunden, zerlegen und Unterstützungsnetz bilden. Die elastischen Fasern — Orceinfärbung — erleiden im allgemeinen dasselbe Schicksal wie die kollagenen: beim Übergang in die Infiltrationszone werden sie zuerst seltener und verschwinden dann rasch vollständig.

Was die diffuse Infiltrationszone anbelangt, mufs ich noch beifügen, dafs ich nirgends weder ein fibrinöses Netz noch Bündel hyaliner Degeneration konstatiert habe (Methode von WEIGERT und von VAN GIESON).

Aufserhalb dieses Gebietes diffuser Infiltration findet man, wie gesagt, eine ziemlich breite Zone, wo die Infiltration vom übrig gebliebenen Gewebe lostrennt und dem Verlaufe der Blutgefäfse, Nerven und Knäueldrüsen folgt, indem sie die Form von Streifen und Strängen annimmt, welche auf den Präparaten bald im Längs-, bald im Querschnitt erscheinen. Talgdrüsen existieren hier keine. Von den Blutgefäfsen aus folgt die Infiltration dem oberflächlichen Gefäfsnetze, noch mehr aber den kommunizierenden und den Gefäfsen des tiefen Netzes, stellenweise erstreckt sie sich auch bis in das Unterhautzellgewebe (Fig. I und II, *g*). Innerhalb des Infiltrationsgebiets behalten die Blutgefäfse ihre normalen Wandungen bei oder aber sie sind selbst von lymphoiden Elementen infiltriert, weshalb man Vaskuliten häufiger in den Arterien, zuweilen aber auch in den Venen antrifft. Übrigens sind die Gefäfse meist ganz oder beinahe leer. An den Nervenfasern reicht die Infiltration nur bis an das Perineurium heran. Am Lymphgefäfssystem konnte ich keine Veränderungen mit Sicherheit konstatieren.

Was ihre Beziehungen zu den Knäueldrüsen anlangt, so ist die Infiltration am dichtesten und ausgesprochensten in der Umgebung der Ausführungsgänge (Fig. I, II, *h*), doch reicht sie auch stellenweise bis zwischen die Glomeruli hinein (Fig. I und II, *h*). Als notwendige Konsequenz hiervon sind die Kanäle streckenweise dilatiert in Folge von Sekretretention oder aber, wenn auch seltener, ist ihr Epithel ziemlich in Auflösung begriffen.

Diese Beschreibung bezieht sich, gleichwie die Figuren, auf die mittleren Teile des Tuberkels. Betrachtet man aber die Schnitte einen nach dem anderen, indem man von der Mitte nach der Peripherie vorrückt, so sieht man, wie zuerst die Tuberkel, dann die diffuse Infiltration verschwindet und schliefslich nur noch die streifenförmige Infiltration längs den Gefäfsen, Nerven und Schweifsdrüsen übrig bleiben.

In den Schnitten habe ich vergebens nach Mikroorganismen gesucht — nach den Methoden von Weigert-Gram, von Löffler, von Pfeiffer. Ebenso resultatlos blieben meine Versuche den Tuberkelbacillus nach der Methode von Ziehl — Entfärbung mit 5 % Schwefelsäure — nachzuweisen. Als mir dann später dieser Nachweis in den Geweben der inokulierten Meerschweinchen sehr gut gelang, machte ich mich nochmals an die Untersuchung der Schnitte, jedoch wieder mit vollständig negativem Resultat. Gewifs wäre es ratsamer gewesen, von dem Tuberkelsaft auf Gläschen zu verteilen; äufserer Umstände halber war mir dies aber im Momente der Excision unmöglich. Auch Blastomyceten oder als solche ausgegebene Körperchen habe ich nicht konstatieren können.

Den mittleren Teil des Tuberkels habe ich einem 480 g schweren Meerschweinchen in das Unterhautzellgewebe der Lumbalgegend inokuliert. Zehn Tage nach der Inokulation war die Wunde vernarbt; kurz danach bildete sich aber in der Umgebung der Narbe ein elastischer, schmerzhafter Knoten und rasch vergröfserten sich einige Lymphdrüsen der Leiste und eine in der Achselhöhle. 46 Tage nach der Inokulation tötete ich das Meerschweinchen und fand an der Inokulationsstelle die Überreste der eingelegten Gewebsstücke, umgeben von einer fungösen Masse; die Lymphdrüsen der Inguinalgegend, sowie eine solche in der Achselhöhle waren infiltriert, weizenkorn- bis bohnengrofs; die gröfsten waren vollständig verkäst, die kleineren nur in der Mitte. Auch die Milz schien von Tuberkeln durchsetzt zu sein; die mikroskopische Untersuchung bestätigte diese Vermutung aber nicht.

Die histologische Untersuchung des fungösen Gewebes an der Inokulationsstelle und der Lymphdrüsen ergab das Vorhandensein zahlreicher epitheloider Zellen und vieler Riesenzellen, besonders in den Lymphdrüsen.

In den Deckgläschen-Präparaten mit dem Safte des fungösen Gewebes und den Zupfpräparaten von den Lymphdrüsen, noch mehr aber in den Schnitten liefsen sich eine spärliche Zahl isolierter oder zu Bündeln vereinigter Tuberkelbacillen erkennen, welche sich innerhalb und aufserhalb der Riesen- und epitheloiden Zellen befanden.

Die eine Hälfte einer Lymphdrüse inokulierte ich unter die Haut eines zweiten Meerschweinchens, die andere in das Peritoneum eines Hahnes. Beim Meerschweinchen traten, jedoch etwas rascher, dieselben

Erscheinungen auf wie beim ersten; der Hahn dagegen befand sich einen Monat nach der Inokulation noch ganz wohl.

Kurz zusammengefafst handelt es sich also um einen Fall von Tuberculum anatomicum, welches dieselbe histologische Struktur zeigt wie das tuberkulöse Granulom und nach den Resultaten der Versuche auf die Wirkung des Kochschen Bacillus zurückgeführt werden mufs. In bakteriologischer Beziehung ist besonders der Gegensatz zwischen dem negativen Befunde in den Schnitten und dem positiven der Inokulationen auf Tiere hervorzuheben. Auch in den meisten anderen Fällen von Tuberculum anatomicum, die bisher mitgeteilt wurden, sind keine Tuberkelbacillen gefunden worden — siehe die Arbeit von Batut (3) —, sehr selten dagegen sind die Fälle, wo solche konstatiert worden sind — Karg, Riehl und Paltauf. Man könnte demnach annehmen, dafs bei dieser Affektion gewöhnlich die Tuberkelbacillen entweder in nur geringer Anzahl vorkommen, was wahrscheinlicher ist, oder aber, dafs sie die Affinität zu ihren spezifischen Färbungen zum Teil oder gänzlich verloren haben. Es ist deshalb notwendig, dafs man mit dem Aufsuchen der Bacillen in den Geweben auch noch die Inokulation auf empfängliche Tiere verbinde. Allerdings bleiben oft die Untersuchungen auch dann noch resultatlos und weise ich in dieser Beziehung auf die wichtige Arbeit von d'Urso (4) hin; diese Fälle sind aber ziemlich selten und gewifs wird man einst den Grund hiervon entdecken. Inzwischen nimmt die grofse Mehrzahl der Forscher an, dafs das Tuberculum anatomicum durch den Kochschen Bacillus hervorgerufen wird. Die gegenteilige Ansicht von Broca hat nur noch einen historischen Wert. Man hat vielfach die Frage aufgeworfen, ob das Tuberculum anatomicum mit der Tuberculosis verrucosa cutis von Riehl und Paltauf (5) identisch sei; Finger (6) stellt sich hierbei auf Seite dieser beiden Autoren, während Knickenberg (7) und Hallopeau (8) das Gegenteil annehmen. Auch Pelagatti hat sich in diesem letzteren Sinne ausgesprochen (9). Da mir eigene Erfahrungen in dieser Richtung fehlen, will ich mich eines Urteils enthalten. Ich beschränke mich darauf, zu bemerken, dafs die histologische Beschreibung der Tuberculosis verrucosa, wie sie uns Knickenberg gegeben hat, in manchen Punkten mit der soeben von mir mitgeteilten übereinstimmt. Auch hier findet man, wie bei der Tuberculosis verrucosa, wenigstens in den peripheren Teilen der Veränderungen, eine Hypertrophie der Hornschicht; gleichzeitig bestand aber eine Hypertrophie der interpapillären Fortsätze der Stachelschicht und zudem reichten die Veränderungen in der Cutis etwas über die oberflächliche Gefäfsschicht hinaus. Neben diesen übereinstimmenden Punkten sind aber auch Unterschiede hervorzuheben: die kleinzellige Infiltration zeigte nämlich die Neigung nach der Tiefe vorzurücken, den Schweifsdrüsen bis zu ihren

Glomerulis und den zum Unterhautzellgewebe führenden Gefäfsen folgend. Hauptsächlich wegen dieser letzteren Thatsache wollen KNICKENBERG und HALLOPEAU das Tuberculum anatomicum von der Tuberculosis verrucosa trennen. Diesen Befund habe ich auch bei einem anderen Tuberculum konstatieren können, das beinahe bis zum Knochen reichte und das zur Heilung einer ganzen Reihe von Auskratzungen bedurfte. Das nämliche geht auch aus dem Falle von D'URSO hervor. Übrigens findet man auch selbst unter den einzelnen Fällen von anatomischen Tuberkeln Unterschiede. Ich erwähne beispielsweise nur den Fall von D'URSO, wo die Verkäsung fehlte, während sie bei dem meinigen vorhanden war. Die verschiedene Virulenz der Keime von einem Falle zum anderen, die ungleiche Resistenz der inokulierten Tiere oder der Region, sowie alle anderen Ursachen, welche Unterschiede in den Inokulationen derselben Species von Mikroorganismen auf Tiere derselben Species herbeiführen, werden auch Unterschiede in verschiedener Richtung von einem Tuberculum zum anderen verursachen.

Litteratur-Verzeichnis.

1. GUIBERTTI, Per l'etiologia e l'istologia patologica della stomatite ulcerosa. *Archivio per le scienze mediche.* 1899, vol. XXIII, pag. 9.
2. UNNA, Die Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894, pag. 572.
3. BATUT, Des formes verruqueuses de la tuberculose cutanée. *Journ. des maladies cutan. et syph.* 1894, pag. 583.
4. D'URSO, Su di un caso di tuberculosi cutanea inoculata. *Policlinico, Sez. chirurg.* 1896, pag. 525.
5. RIEHL und PALTAUF, Tuberculosis verrucosa cutis. *Vierteljahrsschr. für Dermat. u. Syph.* 1886.
6. FINGER, Über die sog. Leichenwarze (Tuberculosis verruc. cutis) und ihre Stellung zum Lupus und zur Tuberkulose. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1888.
7. KNICKENBERG, Über Tuberculosis verruc. cutis. *Arch. für Derm. u. Syph.* 1894, pag. 405.
8. HALLOPEAU, Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire: *Journ. des malad. cut. et syphil.* 1896, pag. 522.
9. PELAGATTI, Sopra un caso di tuberculosi miliare acuta disseminata della pella. *Giornale italiano delle mal. veneree e della pelle.* 1898, Fasc. VI.

Erklärung der Figuren.

Fig. I. Schnitt durch den Tuberkel etwas aufserhalb des Geschwürchens. Härtung in absolutem Alkohol; Färbung mit Hämatoxylin und Eosin. 14 Diam.

a. Stratum corneum. Dasselbe ist im äufseren Teile verdickt; gegen die Mitte zu zerbröckelt es und verschwindet dann ganz, *a*1.

b. Körnerschicht. Auch diese verschwindet in der mittleren Partie, gleichzeitig mit der Hornschicht.

c. Stachelschicht.

d. Hypertrophie der interpapillären Fortsätze der Stachelschicht.
e. Nekrotisches Centrum unterhalb der Stachelschicht.
f. Tuberkel im retikulären Derma.
g. Kleinzellige Infiltration längs den Gefäfsen und Nerven.
h. Kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Knäueldrüsen.

Fig. II. Dieselbe stellt die linke Hälfte der in obiger Figur aber nach einem benachbarten Schnitte gezeichneten Veränderung dar. Härtung in absolutem Alkohol Färbung mit Hämatoxylin und Eosin. Balsam. 40 Diam.

a. Verdickte Hornschicht.
b. Körnerschicht.
c. Stachelschicht.
d. Hypertrophie der interpapillären Fortsätze der Stachelschicht.
f. Tuberculum des retikulären Derma mit verkästem Centrum und 2 Riesenzellen.
g. Perivasale kleinzellige Infiltration.
h. Kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Knäueldrüsen.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Gonorrhoe 1350 vor Christi Geburt.

Von

Oefele-Bad Neuenahr.

In der Geschichte der Medizin ist wohl über nichts so viel geschrieben worden als über die Existenz oder Nichtexistenz der Syphilis im Altertume. Viel weniger wird die Gonorrhoe beachtet.

Für die Geschichte der Gonorrhoe (im modernen Sinne) sind drei Gesichtspunkte besonders zu berücksichtigen. Bis in verhältnismäfsig sehr junge Zeit sind Tripper, Schanker und Lues als Einheit zusammengeworfen worden und erst aus dieser Einheit der venerischen Krankheiten wurde zuerst eine Zweiheit und nach viel späteren Kämpfen eine Dreiheit. Und auch für die Gonorrhoe wird die Scheidung in verschiedene katarrhalische Affektionen der männlichen Harnröhre und in den spezifischen häufigsten Katarrh durch Infektion in Zukunft wohl schärfer mit Hülfe des Mikroskopes durchgeführt werden müssen als in der heutigen Alltagspraxis. Daraus ergiebt sich die Unzulänglichkeit, unseren ephemeren Standpunkt auf die Beurteilung der Abgrenzung alter Mitteilungen von Gonorrhoe zu übertragen.

Als zweites ist zu beachten, dafs die Circumcision bei den altorientalischen Kulturvölkern sehr verbreitet und bei den vornehmeren Ständen, z. B. der alten Ägypter, mehr oder weniger obligatorisch war, dafs aber, wie Proksch in seiner Geschichte der Syphilis ausführt, bei Circum-

cidierten wohl Gonorrhoe häufig vorkommt, aber keine Syphilis. Die seltenen Fälle von Syphilis müfsten unter diesen Umständen im alten Orient als seltene Form von Gonorrhoe erscheinen, wenn man nicht mit Bloch die Syphilis im Altertum leugnen will. So sehr ich die Arbeiten von Bloch schätze, so kann ich doch leider seine Gründe nicht als beweisend anerkennen, worüber aber nicht hier zu handeln ist. Die Seltenheit der eventuellen Syphilis erfordert aber zuerst eine genaue Abgrenzung der Gonorrhoebelege des Altertums.

Ein dritter Punkt für die moderne Beurteilung der Geschlechtskrankheiten ist die moderne Prostitution. Es soll nicht gesagt werden, dafs im modernen Leben der Genufs der Geschlechtsfreuden zu- oder abgenommen hätte. Die Verteilung hat nur in den letzten ein bis zwei Jahrtausenden einen demokratischen, gleichmachenden Charakter angenommen. Der Fürst wie der Bettler ist monogamisch. Und was über die Grenzen der Ehe hinaus einem zugänglich ist, das ist auch anderen zugänglich. Zugleich besteht das Bestreben der Verheimlichung des Geschlechtsgenusses über die Grenzen der Ehe hinaus. Das ist im alten Orient ganz anders. Der Reiche und Mächtige wufste sich seine entsprechende Anzahl Frauen für seinen ausschliefslichen Gebrauch zu reservieren. Eine ganze Zahl von Männern wurde durch Kastration aus der Reihe der Geschlechtsbedürftigen gestrichen. Für den Überschufs der sozial Schwachen gab es aufser der einen Ehefrau auch nur eine ganz kleine Zahl von Prostituierten, deren Gewerbebetrieb wie deren Besucher öffentlich bekannt waren, wie die Geschichte von Juda und Thamar in der Bibel so anschaulich schildert. Diese Verhältnisse verschieben den Verbreitungsmodus der Geschlechtskrankheiten in ganz anderer Weise, als wir heute im Abendlande beobachten können.

Die rein medizinische Litteratur, welche uns therapeutische Vorschriften für pathognomische Symptome hinterlassen hat, mufs uns in diesem Falle einstweilen den einzigen Schlüssel für das Studium der Gonorrhoe in der ältesten Zeit ergeben, und hier ist Papyrus Brugsch, Spalte 16 bis 19, vorderhand die Grundlage. Spalte 15 wird ein alter Traktat von der Eröffnung der Geschwüre angekündigt; dabei wird aber sofort auf die Lehre vom Schlauchsystem als Grundlage der ganzen Geschwürslehre eingegangen. Der Begriff des Schlauches wird hierbei in Hieroglyphen mit dem Bilde des erigierten Penis geschrieben und umfafst vor allem das Arterien- und Venensystem. Nach alter Ansicht gehören zum Röhrensystem aber auch Nerven, Sehnen und natürlich das Prototyp der Röhre, der Penis selbst. Diese Vieldeutigkeit erschwert selbstverständlich das Verständnis aller einschlägigen Stellen. Wenn der Philologe Lauth in seinem Handexemplare mit Fragezeichen versehen 18,7 des Papyrus Brugsch schon übersetzt: „phallus erigens se sua sponte", so wird diese

Übersetzung für den Mediziner die einzig mögliche. Von keinem anderen Organe, welches das Altertum in obiger Aufzählung zum Röhrensystem gerechnet hat, ist als krankhaftes Symptom oder als selbständige Krankheit die spontane Erektion aussagbar, mit dem Bilde einer sich aufbäumenden Naja tripudians beischriftlich illustriert, als vom Penis. Darnach kommt ein Zeichen, welches die Hartteile des Körpers im Gegensatze zu den Weichteilen, den Flüssigkeiten und den Gasen bezeichnet. Zu den Hartteilen wird in den mir zugänglichen Texten aufser den Skelettteilen der Uterus im Zustande der Wehen und der Penis im Zustande der Erektion gerechnet. Dieser Satz könnte also gelesen werden: „Verknöcherung tritt ein", wobei auch Wehenhärte des Uterus und Erektionshärte des Penis subsumiert werden mufs. In diesem Falle an Atheromatose zu denken, mufs doch wohl aus dem Gesicht gelassen werden und ich glaube, nur an die Gonorrhoeerektionen denken zu dürfen. Darnach ergiebt sich für das Rubrum von 18,7 als Indikation einer Unterleibseinspritzung: „Ein weiteres Mittel für den Penis, welcher sich selbständig erigiert; Knochenhärte tritt ein; Vorbeugung gegen Vereiterung." Unter dem letzten Satze möchte ich ein Präservativ gegen den Eintritt starken gonorrhoischen Ausflusses erblicken.

Wenn ich diesen Satz als Ausgangspunkt nehme, so will ich die Rubra weiter nach hinten und weiter nach vorn einzeln betrachten. Das, was dazwischen steht, sind durchweg Rezepte. Ich habe darauf wegen des Vorkommens des Salzes in diesen Rezepten schon in No. 26 der *Pharmazeutischen Post* gemeinschaftlich mit NEUBURGER-Wien hinweisen müssen. Die Applikation der Rezepte ist durchweg in der beigefügten Signatur als Einspritzung für vier Tage (vielleicht auch „drei Tage" zu lesen, da der erste Strich bedeutend verlängert ist) bezeichnet. Als Körperteil der Einspritzung ist die hintere Hälfte des Löwen vom Zwerchfell abwärts geschrieben, wie man für Vorderteil die obere Hälfte des Löwen bis zum Zwerchfell zeichnete. Für gewöhnlich wird dies als Einspritzen in den After gelesen und meistenteils deckt sich das Einspritzen in den Unterleib mit dem Einspritzen in den After. Hier mufs aber an der wörtlichen Übersetzung „Einspritzung für den Unterleib" festgehalten werden, da bei Tripper doch wahrscheinlicher in die Harnöffnung eingespritzt wurde als in die Afteröffnung.

Dem erwähnten Rezepte von 18,7 schliefst sich 18,9 eine weitere Einspritzung für vier (oder drei) Tage an, welche die Überschrift trägt: „Ein weiteres Mittel für nach diesem."

Das Rubrum von 19,2 führt ein kausatives Verbum des Qualitätsbegriffes der alten Medizin „feucht". Dieser Begriff wird auch im Papyrus WESTCAR als sehnlichster Wunsch des impotenten Königs Snofru hingestellt, sodafs hier die Durchfeuchtung oder Angeilung als Erektion aufzufassen

ist. Der Überschrift der Einspritzung, welche Ochsengalle, Kuhmilch, Mohringenöl und Honig enthält, wäre also: „Ausgezeichnetes Mittel für (oder gegen?) Angeilung.“ Schon oben ist die Wortverbindung als eine solche aufzufassen gewesen, dafs an den Ausdruck für Arzneimittel präpositionell das bekämpfte Symptom angehängt wurde. In gleicher Weise würde sich hier ein Mittel gegen die Erektionen ergeben, also ein Parallelrezept zu 18,7. Und in der That finden sich meist die gleichen Drogen in den Rezepten obiger und dieser Indikation. Denn ebenso wie nach der Indikation 18,7 resp. 18,9 findet sich nach dem Rubrum 19,2 eine ganze Reihe von Einspritzungsrezepten, welche stets nur durch das Wort „Anderes“ getrennt werden.

Die Überschrift von 19,5 zu einer einzelnen Injektion bietet ein Wort, welches als Krankheitsbezeichnung nicht ganz sicher ist. Im Papyrus Ebers findet sich dasselbe 86,4, wo es als Eiter aufzufassen ist, welches das Fleisch von Mann oder Frau verzehrt. In den Lebensregeln des Papyrus Prisse 17,6 findet sich eine schwer deutbare Regel für einen Heiratskandidaten, welche bisher jeder Übersetzer anders übersetzte. Darin findet sich ein Adjektiv von diesem Worte, das die Braut nicht sein soll. Es kann vielleicht auch als Regel für den Bräutigam aufgefafst werden, wenn die Braut das Unglück hat, an dieser Krankheit zu leiden. Es scheint mir nur aus dem Text der Rat hervorzugehen, die Braut deshalb nicht aus dem Hause zu jagen, ihr den nötigsten Unterhalt zu geben und die Sache nicht stadtbekannt zu machen. Andere Stellen für dies Wort sind mir nicht bekannt. Ich will dies Wort einstweilen mit Eiterung übersetzen. Dann ergäbe 19,5: „Anderes Arzneimittel, um zu vertreiben Eiterung aus dem Körperteil des Harnlassens.“ Auch dieser Abschnitt kann wohl nur auf eine Geschlechtskrankheit bezogen werden.

Gehen wir nun rückwärts, so erscheint die Überschrift einer Injektion 18,6: „Anderes Mittel gegen alle Schmerzen im knochenharten Gliede.“ Wir würden dies eine Injektion gegen schmerzhafte Erektionen nennen.

Eine Injektion als „gutes Mittel gegen Ausflufs, der schmerzt“, erscheint 18,4 und als „Zubereitung für den Urin, welcher schmerzt“, 18,3.

„Mittel, um Eiterung im Innern vorzubeugen“, wird 18,2 aufgeführt, nachdem eine andere Injektion 18,1 vorhergegangen ist als „Mittel für (skrofelnähnliche) Geschwülste an den Schenkeln.“ Darin möchte ich indolente Bubonen erblicken, deren Vereiterung mit dem Rezepte 18,2 vorgebeugt werden soll, um so mehr als die vorausgehende Injektion 17,10 die Überschrift trägt „Mittel, um zu öffnen Geschwüre.“

Die beiden Injektionen zuvor 17,7: „Zubereitung für eine Person mit (entzündlicher) Steifung des Uringliedes“ und 17,9: „Mittel für einen Patienten mit Schmerz am Knochenharten“ möchte ich wieder auf Gonorrhoe beziehen. Doch fangen hier schon sehr fragliche oder viel-

mehr recht wenig pathognomische Symptome an, welche bei weiterer Verfolgung nach vorne immer mehr verblassen. Für die Bekanntschaft der altägyptichen Medizin mit der Gonorrhoe und ihren Symptomen genügen sicherlich die obigen Sätze des Papyrus Brugsch, welche ihre Zusammengehörigkeit schon dadurch beweisen, dafs nur die zugehörigen Rezeptformeln eingestreut sind und, von diesen Rezepten abgesehen, die mitgeteilten Sätze in umgekehrter Reihenfolge unmittelbar aufeinander folgen.

Da ich hierdurch nur auf die Kenntnis der Gonorrhoe bei den alten Ägyptern und ihre grofse Häufigkeit, nach der grofsen Zahl der Rezepte geschlossen, hinweisen wollte, für die Besprechung vieler Details die Erforschung der altägyptischen medizinischen Texte noch nicht weit genug fortgeschritten ist, will ich hiermit abbrechen.

Aus der Praxis.

Über den Gebrauch des Chrysarobin bei der Pityriasis oder dem Eccema siccum seborrhoicum des Gesichts und der Kopfhaut, bei der Pityriasis capitis, der Alopecia pityrodes et seborrhoica.

Von

Dr. Menahem Hodara in Konstantinopel.

Von den verschiedenen, täglich zur Verwendung kommenden Formeln möchte ich besonders die folgende empfehlen:

Vaselin flav.	50,0
Chrysarob.	0,01—0,05
Ichthyol	0,05—0,2
Extr. Viol. q. s.	

Diese Formel benutze ich seit Monaten in meiner Praxis mit gutem Erfolg bei Pityriasis seborrhoica, wenn sie in der Form von gelben, trockenen, rauhen, leicht schuppenden Flecken auftritt, die über das Gesicht, die Ohren u. s. w. verbreitet sind. Auch gegen das nicht nässende Eccema seborrhoicum faciei, wenn es trockene, ekzematöse Herde von wechselnder Gröfse bildet, verwende ich meine Salbe mit Erfolg. Beim Gesicht beginne ich immer mit den schwächsten Dosen der Formel, um alle Reizerscheinungen zu vermeiden, und steigere dann die Menge, wenn's nötig ist. Die Salbe wird innerhalb 24 Stunden einmal aufgetragen, z. B. des Abends, und wird dann am Morgen mit etwas Cold-Cream oder Byrolin oder auch nur mit Olivenöl wieder weggewischt.

Diese Behandlung wird so lange fortgesetzt, bis vollständige Heilung erfolgt ist. Während der Behandlung, die immer nur einige Tage in Anspruch nimmt, dürfen die kranken Teile mit Wasser und Seife nicht in Berührung kommen.

Auch bei der Pityriasis capitis, beim nicht nässenden Eccema seborrhoicum der Kopfhaut, bei der Alopecia pityrodes et seborrhoica verwende ich die Salbe mit gutem Erfolg. Der Kopf wird täglich einmal damit eingerieben und die Behandlung wird fortgesetzt, bis alles Kranke verschwunden ist.

Bei Personen, die gegen Salben eine Abneigung haben, bediene ich mich für die Alopecia pityrodes et seborrhoica erfolgreich folgender Formel:

Alcohol. absol.	100,0
Chrysarobin.	0,05—0,1—0,15
Ol. Ricin.	0,5—2,0
Extr. Viol. q. s.	

Vorm Gebrauch zu schütteln.

Ein Stück Verbandwatte wird mit dieser Lösung getränkt und dann der Kopf sanft damit eingerieben. Eine Einreibung täglich genügt. Hat das Ausfallen der Haare nachgelassen, so wird noch längere Zeit mindestens 2—3 mal wöchentlich eingerieben, um einen Rückfall möglichst zu vermeiden. Diese Einreibung mufs gewissermafsen einen Teil der Morgentoilette bilden. Auch hier beginne ich wieder mit den schwächsten Dosen der Formel und gehe nach Bedarf in die Höhe. Sollte sich einmal eine leichte Hautreizung einstellen, so unterbricht man die Behandlung zwei bis drei Tage, bis alle Entzündungserscheinungen wieder vorüber sind. Handelt es sich um sehr hartnäckige und sehr weit vorgeschrittene Fälle von Alopecia seborrhoica oder Pityriasis-Alocepie bei Damen, die bereits beträchtlich viel Haare verloren haben, so greife ich zu dem 25%igen Chrysarobinstift von Unna und bin damit sehr zufrieden. Die kahlen Stellen werden ein- oder höchstens zweimal mit dem Stift geätzt; sowie sich die geringste Reizung, Rötung u. s. w. zeigt, so hört man sofort damit auf, wischt die geätzten Stellen mit Olivenöl ab und entfernt so viel wie möglich von dem Chrysarobin wieder. Dann wartet man fünf bis sechs Tage (während welcher Zeit nur ein wenig Öl aufgetupft wird), bis alle Reizerscheinungen geschwunden sind, und ätzt dann wieder von neuem, bis Ekzem und Pityriasis geheilt sind und keine Haare mehr ausfallen, sondern sich ein frischer Haarwuchs eingestellt hat, worüber allerdings mehrere Monate vergehen können. Jede stärkere Hautreizung mufs man auf das Sorgfältigste vermeiden, indem man den Chrysarobinstift so wenig wie möglich anwendet und bei seinem Gebrauch immer recht behutsam ist. Denn eine starke Ätzung ist gar nicht erforderlich, um einen

frischen Haarwuchs zu erzielen, man kommt auch mit oberflächlichen Ätzungen aus, wenn sie nur so lange wiederholt werden, bis sich eben auf den kahlen Stellen wieder ein genügend starker Haarwuchs entwickelt.

* * *

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch noch einer anderen Formel Erwähnung thun, deren ich mich bei der Behandlung des Eccema seborrhoicum psoriasiforme und der Psoriasis des Körpers bediene. Diese Formel lautet:

Chlorof.	
Glycerin.	ā 25,0
Chrysarob.	
Ichthyol.	
Acid. salicyl.	ā 2,5

Mit dieser Lösung werden die Psoriasis- und die Ekzemherde jeden dritten, höchstens jeden zweiten Tag bepinselt; an den übrigen Tagen bestreicht man sie mit Olivenöl oder Cold-Cream, dem man noch Ichthyol im Verhältnis von 1 : 100 zusetzen kann. Diese Behandlung, die sehr bequem ist und kaum eine Reizung verursacht, setzt man fort, bis alles Krankhafte verschwunden ist.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 6, Heft 3.

I. **Eine neue Lupusbehandlung durch innere Medikation,** von A. Philippson-Hamburg. Ausgehend von der Annahme, dafs ebenso wie die übrigen Halogene Chlor, Brom, Jod, auch das letzte mit starken chemischen Bindungseigenschaften begabte Halogen, der Fluor, eine wichtige Rolle in unserem Arzneischatze spielen könnte, hat Verfasser Versuche mit Fluornatrium angestellt. Nachdem er zunächst an Tieren, dann an sich selbst die relative Harmlosigkeit des Mittels konstatiert hatte, sobald die Dosis nicht zu hoch gewählt wurde, ging er zu Versuchen an Kranken über. Als wirksame Dosis hatte Verfasser ein Decigramm Fluornatrium ermittelt, das dreimal täglich in Pillenform stets nach dem Essen mit etwas Milch genommen wurde. — Die Resultate der Versuche sind folgende: 1. Fluornatrium übt, innerlich genommen, eine heilende Wirkung auf Lupus aus. 2. Die Nebenwirkungen auf den Magen sind jedoch derartig, dafs die notwendige Dosis (dreimal täglich 0,1) nicht bis zur endgültigen Heilung genommen werden kann. 3. Es empfiehlt sich daher, das gut verträgliche und wirksame organische Fluorpräparat: Natrium para-fluor-benzoicum (Merck) dreimal täglich 0,5 zu geben. 4. Sollte das organische Fluorpräparat nicht zur defi-

nitiven Heilung ausreichen — geheilte Fälle stehen noch aus —, so verdient es schon, wegen Ausbleibens jeglicher Verschlimmerung bei Lupus angewandt zu werden. 5. In gleicher Weise empfiehlt sich eine Prüfung bei anderen tuberkulösen Prozessen.

II. **Die Wirkungen der Lippspringer „Arminiusquelle" auf Hauterkrankungen (speziell Lupus exulcerans)**, von Rohden-Lippspringe. Die Thatsache, dafs in Lippspringe geheilte Fälle von Hauttuberkulose, speziell Lupus exulcerans, bei Patienten, die den Ort eigentlich ihres Lungenleidens wegen aufsuchten, beobachtet worden sind, hat Veranlassung zu vorliegender „flüchtiger Skizze" der Wirkungen der Lippspringer „Arminiusquelle" gegeben. Verfasser charakterisiert dieselbe als „stickstoffreiche" Kalktherme, die durch Förderung des Stoffwechsels, durch Steigerung der Se- und Exkretionen eine allgemeine Belebung und Kräftigung des Körpers hervorruft. Die Lippspringer Therme ist nach der lebhaften Schilderung des Verfassers „ein direkt entzündungswidriges Mittel". „Lippspringe macht venös, vermehrt die Menge und den Gehalt des Blutes an Kohlensäure, welche in tuberkulös affizierten Stellen des Körpers ihre antagonistische Wirkung entfalten kann." „Durch die anhaltende, allgemein erhöhte Thätigkeit der Sekretionsorgane wird eine Beschleunigung der Elimination von Fäulnisprodukten erzielt" etc. etc. — Leider werden diese schönen Wirkungen der Lippspringer Arminiusquelle nicht durch konkrete Beispiele von Heilungen des Lupus exulcerans erhärtet.

III. **Erythromelalgie und Hautatrophie**, von R. Schütz-Wiesbaden. Der Verfasser berichtet über einen Fall bei einer 49jährigen Frau, welche in der Jugend wiederholentlich an Malaria gelitten, seit ca. 20 Jahren im Anschlufs an akuten Gelenkrheumatismus häufig arthritische Beschwerden hatte und schon sehr lange stark nervös ist, drei Momente, die bei dem Zustandekommen der Erythromelalgie nach statistischen Angaben in der Litteratur eine ätiologische Rolle spielen sollen. Die Hautaffektion begann allmählich vor 3½ Jahren zuerst an der Streckseite des linken Unterarmes und der linken Hand mit einer exquisit venösen Röte unter heftigen brennenden Schmerzen, die namentlich des Nachts anfallsweise auftraten. Gleichzeitig machte sich häufig ein dumpfer Schmerz im Innern des Armes bemerkbar, während die Venen des Handrückens anschwollen. Bewegung und Wärme bessern, Ruhe und Kälte verschlimmern den Zustand des Armes. Die bisherige Behandlung erwies sich als erfolglos. Von cerebralen Symptomen quälen besonders Kopfschmerzen, heftiges Schwindelgefühl, Sausen verbunden mit Schwerhörigkeit die Patientin. Abgesehen von der stark cyanotischen Färbung der Haut des Armes und des Handrückens sieht man auch deutliche Anzeichen von Atrophie. Namentlich am Handrücken ist die Haut eigentümlich faltig, zerknittert, verdünnt, atrophisch glänzend. — Verfasser bespricht die Diagnose und vergleicht seinen Fall mit analogen Fällen aus der Litteratur. Den Zusammenhang zwischen Hautatrophie und Erythromelalgie erklärt er sich in der Weise, dafs die Ernährungsstörung, wie sie eine chronische erythromelalgische Stauungshyperämie darstellt, schliefslich zum Gewebsschwund in der erkrankten Haut führt. — Therapeutisch wandte Verfasser den galvanischen Strom mit nachhaltigem Erfolge an.

IV. **Das lösliche metallische Quecksilber als Heilmittel**, von Oscar Werler-Berlin. Die Ergebnisse seiner klinisch-therapeutischen Versuche mit Unguentum Hydrargyri colloidalis resumiert Verfasser in folgenden Schlufssätzen: 1. Durch die Entdeckung des löslichen metallischen Quecksilbers ist unser Arzneischatz um ein praktisch erprobtes, brauchbares Antisyphiliticum vermehrt worden, welches vermöge besonderer Vorzüge, nämlich auffallender Milde, ausgesprochener Ungiftigkeit, dabei aber schneller und intensiver Wirkungsweise befähigt erscheint, sich einen dauernden Platz unter den offizinellen Quecksilbermitteln zu sichern. 2. Das lösliche, metallische

Quecksilber ist ein bewährtes Specificum für die Heilung sämtlicher durch das Syphilisvirus erzeugter, pathologischer Zustände, sowohl frischer Infektionen, als auch sekundärer und tertiärer Erkrankungsformen, welche insgesamt als kasuistisch bewiesene Indikationen für seinen therapeutischen Gebrauch zu betrachten sind. 3. Die zweckmäfsigste und zuverlässigste Anwendungsform bildet die 10%ige colloidale Quecksilbersalbe, welche einerseits wegen ihrer bemerkenswerten Reizlosigkeit für die Haut und die Mundhöhle, andererseits wegen ihres leichten und schnellen Resorptionsvermögens sowie der unbestreitbaren, therapeutischen Erfolge zur Inunktionsbehandlung hervorragend geeignet ist und mit Rücksicht auf den wohlfeilen Preis selbst bei unbemittelten poliklinischen Kranken sowie in der Kassenpraxis vom Arzte mit Vorteil verschrieben werden kann.

V. **Fremdkörper in der Harnröhre**, von M. Friedländer-Berlin. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle von Fremdkörpern der Harnröhre. Im ersten Falle hatte der Patient vor fünf Monaten nach einem Coitus, um sich vor den Folgen einer etwaigen Infektion zu schützen, auf den Rat guter Freunde in die Harnröhre ein Stück Rettig eingeführt, das seinen Fingern entglitt und nicht wieder herausbefördert werden konnte. Bei der ersten Besichtigung durch den Verfasser erwies sich das Orificium urethrae und die Glans stark geschwollen und gerötet. Aus der Mündung quoll dicker gelber Eiter, der Urinstrahl war sehr dünn. Patient mufste beim Urinieren stark pressen. In der Fossa navicularis konnte mit der Myrtenblattsonde ein sehr resistenter Fremdkörper festgestellt werden, welcher das Gefühl eines nekrotischen Knochens darbot. Derselbe war fest eingekeilt und liefs sich mit der Pinzette oder Fremdkörperzange nicht extrahieren. Erst nachdem er mit einer Schere in zahlreiche kleine Trümmer zerlegt war, konnten diese leicht entfernt werden. Der Patient war nach zwei Tagen von allen Beschwerden befreit. — Im zweiten Falle litt ein Maurer seit längerer Zeit an stechenden Schmerzen in der Harnröhre und erschwertem Urinieren. Der Patient war wegen eines hartnäckigen Trippers bereits fünf Jahre in spezialistischer Behandlung gewesen. Ein Arzt hatte ihm etwas gewaltsam einen Katheter in die Harnröhre eingeführt, worauf eine starke Blutung eingetreten war. Seitdem stellten sich Beschwerden beim Urinieren ein. Bei der Untersuchung zeigte sich der Harnstrahl sehr dünn. An zwei vom Patienten genau angegebenen Stellen konnte man zwei Verhärtungen abtasten, deren erste von der Sonde 5 cm hinter dem Orificium, deren zweite 12 cm hinter dem Orificium erreicht wurde. Dieselben erwiesen sich nach der Extraktion als phosphorsaure Kalkkonkremente. Die Verengerung der Harnröhre wurde nach Beseitigung des Hindernisses vermindert, das Urinieren erleichtert. Den Vorgang kann man sich in der Weise erklären, dafs an den beiden, vielleicht durch den brüsken Katheterismus schon vorher verengten Stellen sich im Laufe der Zeit der im Urin gelöste phosphorsaure Kalk, zumal hier der Harnstrahl verlangsamt war, niedergeschlagen und allmählich eine vollständige Inkrustierung der Stellen herbeigeführt hat. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band 10, Heft 7.

Über Diabetes und Fettbildung aus Kohlehydraten, von Plósz.

Über die kongenitalen Vesico-Umbilikalfisteln bei Prostatikern, von Delore. Verfasser teilt mehrere Fälle mit, bei denen mit dem Fortschreiten der Prostatahypertrophie plötzlich Urin aus dem Nabel sich entleerte; es handelte sich in diesen Fällen um ein Wiederdurchgängigwerden des Urachus, der bis dahin während des ganzen Lebens verschlossen gewesen war. Gelegenheitsursache hierzu war die

Erhöhung des intravesikalen Drucks infolge der erschwerten Harnentleerung; so kann man in einigen Fällen die Fistel wohl als eine Spontanhülfe des Organismus auffassen. Von operativer Behandlung rät Verfasser bei dem meist hohen Alter und schlechtem Kräftezustand der Patienten ab; man soll nur bei stattgehabter Infektion der Harnwege diese zu beseitigen suchen, um einem Aufsteigen der Cystitis ins Nierenbecken vorzubeugen.

Band 10, Heft 8.

Ödematöses Fibrom der Blase, von L. Crick. Das 5jährige Kind kam stark abgemagert und kachektisch mit den Anzeichen des eitrigen Blasenkatarrhs zur Behandlung. Man fühlte in der Mittellinie des Abdomens einen gut orangegrofsen Tumor; Cystoskopie wegen der Kleinheit der Harnröhre nicht möglich; es wurde Sectio alta gemacht, und nun fanden sich die Blasenwände bretthart, garnicht mehr elastisch; man fühlte einen Tumor, der aus einer Anzahl rundlicher, eng aneinander liegender Lappen besteht. Nach der mikroskopischen Untersuchung handelte es sich um ein myxomatöses oder richtiger ödematöses Fibrom. Das Kind starb einige Tage nach der Operation an Entkräftung, nachdem beim Pressen die Eingeweide aus der Wunde vorgefallen waren.

Einige Bemerkungen über die Bakteriurie, von Ali Krogius. Krogius schilt, dafs Rovsing seine Fälle von Bakteriurie nicht als rein anerkennt, da Eiterkörperchen im Urin gefunden seien, und nun greift er ihn dafür seinerseits an, bemängelt dessen Einteilung der Bakteriurie, sowie dessen Ansicht, dafs Bacterium coli harmlos sei und nie Entzündungen hervorrufe, sondern stets einfache Bakteriurie; er bringt dann einige Fälle, in denen auch durch andere Bakterien Bakteriurie erzeugt wurde. Die Ätiologie dieser Fälle sieht Verfasser in einer chronischen eitrigen Prostatitis, die dieselben Bakterien enthielt.

Erwiderung auf die Bemerkungen von Dr. Krogius über Bakteriurie, von Rovsing. Natürlich läfst dieser Artikel Rovsing keine Ruhe, der nun seinerseits die ihm von Krogius gemachten Einwürfe zu entkräften sucht; vor allem wendet er sich gegen die von Krogius mitgeteilten Fälle von Bakteriurie durch andere Mikroorganismen, die nach seiner Ansicht einfache Prostatitiden sind. Das Nähere über den höchst unerquicklichen Streit bitten wir im Original nachzulesen.

F. Hahn-Bremen.

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates.

Band 4, Heft 7.

Die Argentaminbehandlung der Leukorrhoe, von A. G. Cipriani. Nachdem Verfasser auseinandergesetzt, dafs die Ursachen der Leukorrhoe sehr verschiedenartige sind, berichtet er über die Ergebnisse der Argentaminbehandlung. Er hat das Mittel in 29 Fällen verwendet, und zwar als Irrigation in 1‰ Konzentration neben passender Diätetik. Er findet die Behandlung nützlich bei sämtlichen Leukorrhoen blennorrhoischen Ursprungs, bei Vaginal-, Cervikal- und Uterinkatarrhen mit schleimiger, schleimig-eitriger oder eitriger Sekretion sowohl wenn es sich um kleine Mädchen, als auch wenn es sich um Frauen handelt, endlich bei Ausflüssen, die durch bösartige Geschwülste hervorgerufen werden. In den letztgenannten Fällen ist die Wirkung natürlich nur eine symptomatische.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermatologisches Centralblatt.
Band 2, Heft 10. (Juli 1899.)

Zur Technik der Harnröhren- und Blasenirrigationen nach JANET, von LUDWIG SPITZER. Die sehr wirksamen JANETschen Spülungen wurden von diesem mittelst eines dünnen Katheters ausgeführt. MIBELLI verwendete die VANGHETTISche Kanüle, MAJOCCHI ein doppelläufiges Glasrohr. LANG nahm einen konischen Ansatz. Mittelst dieses muſs man, um die nötige Flüssigkeitsmenge durchzuspülen, die 1 Liter betragen soll, bei Spülungen der Pars anterior, da diese 10 g faſst, 100 mal die Prozedur unterbrechen, die Urethra füllen und entleeren, was nicht ohne schädliche Reizung möglich ist. In der LANGschen Klinik hat Verfasser deshalb Versuche mit der MAJOCCHIschen doppelläufigen Kanüle angestellt, deren Ergebnisse er hier berichtet. Das vordere Ende der Kanüle wurde möglichst abgerundet, um die Schmerzhaftigkeit zu mindern und die vordersten Schleimhautstellen auch der Flüssigkeit zugänglich zu machen. An den beiden Auslaufsröhren sind Drains angebracht für Zu- und Abfluſs; durch Abknicken des Drains kann der Zu- und Abstrom jeden Moment mit Leichtigkeit vom Patienten unterbrochen resp. vermindert werden. Der Irrigator hängt $1^1/_2$ m hoch. Der Patient lernt es bald, den Compressor erschlaffen zu lassen oder nicht, d. h. die Flüssigkeit nach Belieben in die Blase laufen zu lassen. Bis zum Compressor gelangt die Flüssigkeit stets. Im allgemeinen sind kurzdauernde Spülungen mit konzentrierter Lösung vorzuziehen. Ist der Compressor überwunden, dann empfiehlt es sich den Druck durch Abknicken des Drains etwas zu vermindern, damit die Füllung der Blase nicht zu schnell erfolgt. Die Epididymitis ist keine Kontraindikation für die Spülungen. Die Natur und Konzentration der Flüssigkeit ist von groſser Bedeutung. Im ganzen sind die Vorteile der Verwendung der doppelläufigen Kanüle folgende: 1. Das Orificium urethrae und der Anfangsteil der Harnröhre wird geschont, weil das häufige Ansetzen vermieden ist. 2. Das Verfahren ist reinlich; es wird nicht gespritzt; die Hände des Behandelnden bleiben rein und trocken. 3. Die Spülung dauert nicht lange. 4. Der Druck kann durch Beherrschen des Zu- und Abflusses beliebig reguliert werden. 5. Auch bei Behandlung der Pars posterior braucht die doppelläufige Kanüle nicht abgesetzt zu werden. 6. Die Einfachheit gestattet eventuell die Ausführung des Verfahrens dem Patienten zu überlassen. 7. Das Verfahren ermüdet die Hand nicht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten.
Band II, Heft 1 u. 2.

Daraus ist für die Leser der *Monatshefte* folgendes zu berichten:

Beitrag zur Pathologie der männlichen Geschlechtsorgane, von M. HENKEL. Zur Aufklärung der Ursachen der Prostatahypertrophie hat Verfasser eine Reihe von menschlichen Samensträngen einer mikroskopischen Untersuchung unterworfen und festgestellt, daſs die Hypertrophie der Prostata mit den Erkrankungen der Gefäſse des Samenstranges in keinem Zusammenhang steht.

Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis bei einem zwölfjährigen Kinde, von NONNE. Die Mutter hatte ein Jahr vor ihrer Verheiratung augenscheinlich Syphilis gehabt, der Vater war gesund; das Kind war zwei Monate zu früh geboren, war zuerst schwächlich, hatte sich dann aber normal entwickelt; plötzlich, seit drei Monaten, wurde es schwerfällig im Denken, gleichgültig, es trat Tremor der oberen Extremitäten auf, Sprache und Schreiben wurde rapide schlechter. Der Zustand besserte sich auch auf eingeleitete Behandlung mit Quecksilber und Jod nicht. (Eine jüngere Schwester des Knaben litt an paroxysmaler Hämoglobinurie.)

Über Hodensarkome, von KAYSER. Auf Grund von 21 im Alten allgemeinen Krankenhause beobachteten Fällen berichtet Verfasser eingehend über Morphologie, klinisches Bild, Verlauf und Prognose der Hodensarkome.

Über den äufseren Milzbrand des Menschen, von JUSTI. Die chirurgische Behandlung des äufseren Milzbrandes bringt dem Kranken keinen Nutzen, stiftet vielmehr besonders in schweren Fällen, namentlich wenn der Infektionsherd am Halse sitzt, nur Schaden. Verfasser empfiehlt konservative Therapie, Roborantien, Hochlagerung, Schutz der Pustel vor sekundärer Infektion. *F. Hahn-Bremen.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1899. Heft 2.

Einige Fälle von visceraler Syphilis, von F. PISTOJ. Auf Grund einer 14jährigen Praxis kommt Verfasser zum Schlusse, dafs die Fälle von Eingeweidesyphilis nicht gerade sehr selten, aber auch nicht so häufig sind, wie dies einige behauptet haben. In dem genannten Zeitraume sind ihm nämlich zu Gesichte gekommen: ein Fall von Hepatitis, einer von Nephritis, ein Fall von cerebraler Lues (Gummata?) mit Hemiplegie und zwei Fälle von spezifischer Pneumonie. Es wird nicht mitgeteilt, wie viele Fälle von Syphilis im ganzen behandelt wurden. In Bezug auf die Lungensyphilis behauptet Verfasser, dafs das Symptombild mit demjenigen bei der Tuberkulose dieses Organs vollständig übereinstimmen kann. Die Jodpräparate müssen in sehr hohen Dosen verabreicht werden (bis 12,0 im Falle des Verfassers).

Über die Wirkung des Sublimats auf das Blut, von FIOCCO. Verfasser hat entsprechend präpariertes Rinderblut mit Sublimatlösungen in verschiedenen Konzentrationen behandelt und kam dabei zu folgenden Resultaten: 1. Das Sublimat übt in Lösungen von 1 : 12000—1 : 54000 eine stark hämolytische Wirkung auf das Blut aus. 2. Bei Konzentrationen unter 1 : 54000 nimmt diese Wirkung allmählich ab und verschwindet vollständig, wenn die Konzentration 1 : 70000 erreicht. 3. Bei Lösungen, die 1 : 30000 nur wenig übersteigen, fängt die Koagulation des globulären Protoplasmas an, der zuerst die Erythrocyten verfallen und die sich dann über sämtliche rote Blutkörperchen erstreckt. Infolge dieses Umstandes läfst sich die kolorimetrische Methode von HAMBURGER nicht mit Vorteil anwenden. 4. In Lösungen zwischen 1 : 1500—1 : 3000 koaguliert das Blut sehr stark, weshalb grofse Gefahr besteht, dafs sich im Gefäfsbaume Thromben bilden, wenn das Sublimat in solchen Konzentrationen eingeführt wird.

Die Behandlung der Urethritis mit dem Protargol nach der Methode von NEISSER, von T. PIZZINI. Von den 53 nach dieser Methode behandelten Patienten wurden 33 geheilt. Die Metbode resp. das Medikament wird vom Verfasser sehr empfohlen.

Über einen Fall von polymorpher Erythrodermie, von DACCÒ. Es handelte sich um eine 22jährige Patientin, bei der sich nach vorausgegangenen leichteren Störungen des Allgemeinbefindens, zuerst an den unteren Extremitäten, dann über dem ganzen Körper mit Ausschlufs des Kopfes und Halses eine Eruption in Gestalt von grofsen, lebhaft roten Flecken entwickelte. Diese Flecken waren sehr scharf begrenzt und besonders stark an den Beinen ausgebildet, die nur kleine Bezirke gesunder Haut aufwiesen. Die Haut unter den Flecken war leicht infiltriert; die Röte verschwand unter dem Fingerdruck. Einige Tage später traten auf den Flecken regellos verteilte Bläschen mit schwach getrübtem Inhalte auf. Unter Anwendung äufserer Mittel nahm die Eruption ab, stellte sich dann aber in verstärktem Mafse wieder ein und zwar unter Bildung neuer eruptiver Elemente besonders am Abdomen.

Auch die Bläschen erschienen wieder, diesmal aber waren dieselben gruppiert, gröfser, symmetrisch verteilt und mit klarer, citronengelber Flüssigkeit gefüllt. Das Allgemeinbefinden verschlimmerte sich, es trat ein typhoider Zustand ein, die Temperatur stieg beträchtlich, der Inhalt der Blasen wurde hämorrhagisch; es zeigte sich ebenfalls eine Bläscheneruption auf der Mund- und Rachenschleimhaut sowie auf der Vulva, einzelne Gelenke begannen schmerzhaft zu werden und schwollen an; es traten Muskelschmerzen und Sensibilitätsstörungen ein, die Milz war vergröfsert. Nach mehreren Recidiven trat endlich nach Verlauf von ca. drei Monaten definitive Heilung ein. Jucken hatte die Affektion niemals verursacht. — Das Symptomenbild der Affektion stimmt somit am meisten überein mit der von Brocq sogenannten Dermatite exfoliative subaiguë ou proprement dite. — Der Sitz der Bläschen lag unterhalb der Epidermis, welche selbst, abgesehen von einem gewissen Grade von Imbibition, unversehrt war; die Blutgefäfse waren angefüllt, dilatiert, von rundlichen, embryonalen Elementen umgeben; stellenweise kam es zu dermalen und subepidermalen Hämorrhagien. Dieser Befund läfst eine äufsere (mechanische oder parasitäre) Ursache der Affektion ausschliefsen, vielmehr mufste es sich um eine von innen wirkende Ursache unbestimmter Natur handeln. Im Blute wurde der Staphylococcus pyogenes konstatiert; aus dem Inhalte der Blasen dagegen konnten keine Mikroorganismen gezüchtet werden; auch in den Schnitten waren keine zu entdecken. Die Urinuntersuchung fiel ebenfalls negativ aus.

Über die kolloide Degeneration der elastischen Fasern der Cutis (Colloid-Milium von Wagner), von N. La Mensa. Die Affektion war auf den Nasenrücken und die umgebenden Partien der Wangen lokalisiert und bestand aus mehr oder weniger halbkugelförmigen, gelblichen, durchsichtigen, bläschenartigen Erhabenheiten, von denen einige das Volumen eines grofsen Stecknadelkopfes erreichten. Beim Pressen auf die gröfseren liefs sich eine weiche, gelatinöse Masse ausdrücken; bei den kleineren dagegen nicht. Die Gesichtshaut hatte eine stark braune Färbung (der Patient war Fischer) mit kleinen dilatierten und gut sichtbaren Venen. Die histologische Untersuchung der Efflorescenzen ergab, dafs das elastische Gewebe in den Knötchen in eine amorphe, strukturlose Masse umgewandelt war, während die anderen Hautelemente erhalten waren. In Anbetracht ihres Verhaltens gegenüber den Farbstoffen mufste angenommen werden, dafs es sich nicht um Fibrin, sondern um Hyalin handelte. Der Prozefs ist dabei ein analoger, wie er bei der Degeneration der elastischen Fasern im Greisenalter angetroffen wird. In ätiologischer Beziehung mufs der Umstand in Betracht gezogen werden, dafs der Patient in seinem Berufe abwechselnd starker Hitze und rauhen Winden, intensiver Kälte etc. ausgesetzt war.

C. Müller-Genf.

Bücherbesprechungen.

La maladie de Carrion oder Verruga peruvienne, von Odriozola. (Paris, 1898. Carré & Naud.) In vorzüglicher Ausführung, mit zahlreichen trefflichen Tafeln und Bildern geschmückt, liegt die ausführliche Arbeit des Verfassers vor uns, die bestimmt ist, Licht der Erkenntnis zu verbreiten über die in Peru endemische Verruca peruviana und Irrtümer zu zerstreuen. Schon in den ältesten Zeiten, gleich nach der Entdeckung Perus finden sich in der Litteratur zahlreiche Mitteilungen über

eine eigenartige dort vorkommende Erkrankung. Verfasser teilt die historischen Notizen ausführlich mit und giebt einen Überblick über die bis jetzt vorhandene Litteratur. Sodann folgt eine eingehende Besprechung der Gegenden, wo die Perubeule endemisch vorkommt, ihres Klimas, Temperatur, Vegetation, Höhenlage etc.; meist sind es die engen, heifsen Flufsthäler, die in querer Richtung aus der Kette der Cordilleren hervorkommen, und in diesen wieder einzelne Orte, während andere frei sind. Die Krankheit verläuft unter zwei Formen: als schweres Fieber und als eigentliche Verruca; der Zusammenhang beider wurde durch das Experiment des jungen Arztes Carrion wissenschaftlich gesichert, der sich selbst mit dem Safte der Verruca impfte und dann von Fieber befallen wurde, an dem er zu Grunde ging. Das „schwere Fieber" hat viel Ähnlichkeit mit schwerer Malaria, es verläuft mit starker Anämie, Gelenkschmerzen, Neuralgien, Benommenheit, remittierenden oder intermittierenden Temperaturen, starker Milz- und Leberschwellung etc. etc. unter dem Bilde einer schweren Infektionskrankheit; die Prognose ist meist schlecht, doch kommen Heilungen vor, um so eher, wenn die Erkrankung recht stürmisch verläuft, oder wenn eine reichliche Eruption der eigentlichen Verruca erfolgt, während spärliche Eruption oder rasches Vertrocknen der Knoten eine ungünstige Prognose stellen läfst; die eigentliche Verruca schliefst sich, gewissermafsen als Entladung des Gifts nach aufsen, an dies Fieber an, oder beginnt auch plötzlich, mit leichteren Prodromen. Man unterscheidet eine miliare Form (kleine rosarote, durchscheinende oder matte, hornige Knötchen, über den ganzen Körper verbreitet) von einer nodulären oder maulbeerförmigen Form, bei der es meist nur zur Bildung einiger Beulen kommt. Die Knoten können sich spontan involvieren oder müssen chirurgisch entfernt werden, letzteres ist besonders bei nodulären oder mulären Eruptionen erwünscht, da diese leicht eitrig zerfallen; im übrigen ist die Therapie eine wenig dankbare und man hat sämtliche vorhandenen Tonica und Antiseptica ohne wesentlichen Erfolg versucht. Verfasser bespricht sodann die Histologie der Tumoren, für die man auch einen spezifischen Bacillus gefunden hat, der leider dem Tuberkelbacillus verzweifelt ähnlich sieht. Die Diagnose ist bei dem „schweren Fieber" nicht leicht, man mufs in Peru eben bei einer derartigen schweren typhösen oder malariaähnlichen Erkrankung an „Verruga" denken; nach Ausbruch des Exanthems ist die Erkrankung kaum zu verkennen. Von den Autoren ist die Erkrankung vielfach in Beziehung gebracht zur Mykosis fungoides, zur Lymphadénie cutanée, zur Aleppo- oder Biskrabeule, zum Pian; doch spricht sich Verfasser gegen diese sämtlichen Ansichten aus; es fehlt bei allen diesen Erkrankungen die schwere fieberhafte Allgemeinerkrankung, der durch Ausbruch der Knoten ein Ende bereitet wird. Nach seiner Ansicht handelt es sich um eine ganz selbstständige, wohl charakterisierte und nur in einzelnen Bezirken Perus heimische Infektionskrankheit. *F. Hahn-Bremen.*

„Paracelsus", neues Privatkrankenhaus und Augenheilanstalt in Zürich. I. Bericht, erstattet von Karlin-Benziger. In geradezu hervorragend schöner Ausstattung giebt die Privatheilanstalt „Paracelsus" in Zürich den ersten ca. 2¼ Jahre umfassenden Bericht über ihre Thätigkeit. Ein ziemlich umfangreicher Band mit zahlreichen, ausgezeichneten Illustrationen, die zum Teil die Baupläne und die innere Einrichtung erläutern, zum Teil Röntgenaufnahmen wiedergeben, so etwas ist man sonst nicht gewohnt. Es ist hoch erfreulich, dafs es solche Privatheilanstalten giebt, die derartige Berichte zu erstatten in der Lage sind. Ich kann an dieser Stelle natürlich nicht auf die musterhaften Einrichtungen der für Kranke aller Art zugänglichen Anstalt eingehen, will nur kurz die von Heuss-Zürich gemachten Mitteilungen über die von ihm dort behandelten Hautkranken, deren Zahl 32 beträgt, erwähnen

und aus den dermatologischen Ausführungen desselben Verfassers einiges referieren: Die Zahl der Hautkranken im Kanton Zürich ist, wie die Statistik lehrt, keine grofse; vielleicht sind die besseren hygienischen und sozialen Verhältnisse der Schweiz dafür verantwortlich. Bei der Behandlung des Lichen planus ist dem Verfasser die Überlegenheit der subcutanen Arsendarreichung über die interne besonders aufgefallen, soweit es sich bei letzterer um Fowlersche Lösung handelt. Die asiatischen Pillen wirken auch gut. Der eine beobachtete Fall des Lichen planus wies Bläschenbildung auf, ein seltenes Ereignis. — Wenig andauernd war die Besserung bei einem Fall von Pemphigus chronicus pruriginosus. — Dafs die Röntgenbestrahlung der Hypertrichosis bedenklich werden kann, beweist ein Fall, in dem nach derselben eine weifse, von häfslichen Pigmentflecken durchsetzte, narbige, glänzende Hautfläche zurückgeblieben war. — Lupus behandelt Heuss, wo Excision nicht ausführbar ist, in folgender Weise: Ausschabung mit scharfem Löffel, Skarifikation von Grund und Umgebung, nach dem Ausbluten Abreiben mit Phenol, Tinct. Jod. und Kreosot ā, darüber feuchter Gazeverband. Nach dem Reinigen der geätzten Wunde für 6 bis 8 Tage elektive Ätzpräparate wie Salicylkreosot oder Pyrogallolpflastermull; Heilung unter allmählich schwächer werdenden Salicylpflastern. — Ein Lupus erythematodes heilte unter wiederholten Skarifikationen mit nachfolgender Applikation von Hg-Pflaster, ein anderer unter Schwefel-, Resorcinpastenbehandlung. — Wenig zufrieden war Verfasser mit Naftalan; von den Kromayerschen neueren Präparaten (Eurobin, Eugallol, Lenirobin) hat nur das Lenirobin als Antiekzematosum sich bewährt. — Gelobt werden: Xeroform, Alkoholdunstverbände, Bepinselungen mit Borsäurealkohol (Acid. boric. pulv. 15,0, Spirit. vin. 200,0), darüber Salbenverband, bei impetiginösen Ekzemen, follikulären Eiterungen und Entzündungen, ferner bei trockenen Ekzemen eine Mischung von Kirschgeist (Spirit. cerasor. Zugens.) und Glycerin (30 : 10). — Skeptisch wird die Bäderbehandlung beurteilt, in sehr richtiger Weise die mangelhaften Leistungen unserer internen Allgemeinbehandlung kritisiert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über die Fortschritte in der Auffassung und Behandlung der Ekzeme, von Jadassohn. (Autoreferat üb. e. in d. med.-chir. Ges. d. Kant. Bern gehalt. Vortrag. *Correspondensbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1899. No. 5.) Redner betont die Bedeutung der Infektion mit pyogenen Mikroorganismen, deren Resultate, die „Pyodermien", zum Teil die verschiedenen Ekzeme komplizieren, zum Teil aber auch mit Unrecht zu den Ekzemen gerechnet werden („Impetigo"-Formen). Er erörtert die Berechtigung, die sogenannten parasitären, psoriasiformen Ekzeme, die sich mit einem Teil des Unnaschen seborrhoischen Ekzems decken, aus der Ekzemgruppe jetzt schon herauszuheben, eine Absonderung, die vor allem aus therapeutischen Gründen Wert hat. Endlich ist für eine Gruppe von meist zu den Ekzemen gerechneten Hautkrankheiten das Jucken nach einer speziell in Frankreich vertretenen Auffassung nicht blofs ein Symptom, sondern es soll das Krankheitsbild von Anfang an beherrschen. Wie man sich auch zu dieser Auffassung stellen möge, zweifellos ist, dafs es

eine wohl charakterisierte, bisher meist als Ekzem aufgefafste, jetzt „Neurodermitis circumscripta“ genannte, gerade in Bern oft vorkommende Krankheit giebt, mit Lieblingslokalisation an den Gelenkbeugen, am Halse etc., bei welcher die Beseitigung des Juckens die allererste Indikation ist. — Es ist selbstverständlich, dafs aufser diesen Momenten alle möglichen inneren und äufseren Ursachen bei jedem Ekzem in Betracht gezogen werden müssen (mechanische, chemische Schädlichkeiten, Gewerbe-Ekzeme, Epizoen, Medikamente, wie Jod, Arsen, Magen-, Darm- und Genitalerkrankungen, Diabetes, Nephritis, Stauungen etc.); selbstverständlich, dafs auch das Stadium des Ekzems, die individuelle Empfindlichkeit berücksichtigt werden mufs. Spezifische innere Mittel giebt es unseres Wissens nicht, ebenso wenig eine spezifische Diät. Sorgfältige Reinhaltung, Entfernung aller reizenden Agentien, Behandlung mit wenigen in ihrer Wirkung gut gekannten Mitteln und Methoden, kein zu häufiges Wechseln, aber auch kein zu starres Beharren auf dem einmal beschrittenen Wege — das sind neben der Berücksichtigung der Ursachen die Hauptgesetze für die Ekzembehandlung im allgemeinen. Im Speziellen gelten für die akuten Ekzeme die alten Regeln: rein antiphlogistische Therapie, Schutz (Pulver und Pasten), Juckenlinderung durch spirituöse Lösungen von Menthol, Thymol, Karbol; heifse Waschungen ohne Seife sind oft nützlich, kaltes Wasser und Seife zu vermeiden. Bei starker Schwellung, Nässen etc. sind die feuchten Verbände für den Anfang am empfehlenswertesten (essigsaure Thonerde, Resorcin etc.); später Austrocknen durch Pasten (besonders auch durch die juckenlindernde Tumenolzinkpaste) und Salbenverbände. Bei eitrigen Komplikationen feuchte Verbände mit sehr schwacher Sublimatlösung oder mit Alkohol, Salben mit weifsem Präcipitat, gelbem Hg-Oxyd, I IK, Pyrogallussäure (¼—1%). Bei fortgesetztem Nässen sind Argentum-Pinselungen noch immer das beste. Von Salbenkonstituentien ist neben vielem anderen Adeps lanae mit Ol. oliv. oder Vaseline und Wasser sehr zu empfehlen. Nie darf man beim akuten Ekzem mit der Behandlung zu zeitig aufhören; nächtliche Einfettungen, Spirituswaschungen schützen oft vor Recidiven. — Von den sogenannten chronischen Ekzemen bedürfen die, welche eigentlich „ständig recidivierende akute“ heifsen sollten, derselben, nur mit besonderer Sorgfalt und besonders lange fortgesetzten Behandlung wie die akuten. Bei den eigentlichen chronischen Ekzemen ist aufser der Berücksichtigung der die Chronizität bedingenden Momente eine ganz allmählich von milden zu energischen Mitteln vorschreitende Behandlung das wichtigste Prinzip. — Den verschiedenen Indikationen: Erweichung, Hornlösung, antiparasitäre Wirkung, Juckenlinderung, entsprechen verschiedene Medikamente, die man in der mannigfachsten Weise kombinieren kann. Salicyl (speziell Salicylseifenpflaster und bei starker Hyperkeratose und geringer Entzündung die Salicylpflastermulle und die Kalilauge) dient zur Entfernung der Hornmassen; heifse Umschläge, feuchte Verbände, Kompression zur Erweichung. Gegen die parasitären Ekzeme wirken Resorcin, Schwefel (Ichthyol) bei akuteren, Pyrogallussäure und Chrysarobin in sehr schwachen Konzentrationen bei chronischeren Prozessen. Am meisten Verwendung findet noch immer der Teer (als Ol. Rusci oder Cadini oder als Ol. lithantracis, Liquor carbonis detergens, Liquor anthracis), der antiparasitär, juckenlindernd und erweichend wirkt. Bei ihm ist es besonders wichtig, mit schwachen Konzentrationen zu beginnen und allmählich zu höheren zu steigen; die Teersalben und Pasten wirken milder als die Tinkturen. Bei der Neurodermitis chron. circumscr., die ein besonders hartnäckiges Leiden ist, wirkt nach den Erfahrungen J.s Teertinktur und Abschlufs durch einen festen Verband (Zinkleim) oder Zinkoxydpflastermull zur Beseitigung der Symptome meist recht gut. Lokale Recidive sind freilich sehr häufig.

C. Müller-Genf.

Moderne Anschauungen über Ekzem und ihr Einfluſs auf dessen Behandlung, von A. VAN HARLINGEN-Philadelphia. (*Internat. med. Magas.* Febr. 1899.) Vor Zeiten verstand man nur die vesikulöse Form unter der Bezeichnung Ekzem. Papulöses Ekzem hieſs Lichen, infantiles Ekzem Porrigo u. s. w. HEBRA reihte auch die Dermatitiden in diese Gruppe ein und UNNA fügte zu allem noch sein seborrhoisches Ekzem hinzu. Verfasser, der bezüglich seiner Ansichten über Genese und Pathologie dieser Hautkrankheit weder auf dem reinen Standpunkte der französischen (diathetische Entstehung), noch der Wiener Schule (ausschlieſslich lokale Entstehung) gestanden hat, begrüſst die LEREDDEsche Arbeit „L'Eczéma, maladie parasitaire" freudig, da die Erkennung des parasitären Charakters manches Dunkel in Pathologie und Therapie aufzuhellen vermag. Es liegt auf der Hand, daſs dieser Fortschritt in der Erkenntnis auch die Anwendung antiparasitärer Medikamente, wie Schwefel, Teer, Karbolsäure, Merkurpräparate, Salicylsäure u. a. ausgiebiger gestaltet hat.

Hopf-Dresden.

Behandlung des Ekzems mit Höllenstein, von LEREDDE-Paris. (*Presse méd.* 1. März 1899.) LEREDDE führt zwei neue Anwendungsarten des Lapis infernalis bei Ekzemen an, der ja bekanntlich in Frankreich hauptsächlich durch BESNIER bei rebellischen lichenifizierten Ekzemen seit längerer Zeit eingeführt ist. Erstens einmal verwendet LEREDDE Lösungen von Höllenstein in Verbindung mit Kautschuk abwechselnd, zweitens zusammen mit reinem metallischen Zink. Indikationen und Technik sind folgende: Die erste Form kommt bei ausgedehnten subakuten und akuten Ekzemen nässenden Charakters zur Anwendung, sofern noch starkes Ödem der Haut vorhanden ist. Ehe die Akme des Prozesses erreicht ist, empfiehlt Verfasser Streupulver oder einfache Kataplasmen mit gekochtem Wasser. Jede Reizung, besonders durch wollene Kleidungsstücke ist zu vermeiden, Seife ganz zu verbieten. Ist das Ekzem auf seiner Höhe, so bringt man auf die vorher durch eintägige Kataplasmen gereinigte Haut eine Lage Kautschuk, genau von der Gröſse der ekzematösen Partie. Täglich viermal wechseln des Kautschuks, der jedesmal mit Borwasser gereinigt wird, während man die Haut mit gekochtem Wasser abwäscht. So vermeidet man jede Eiterung. Sollte sie trotzdem auftreten, so kehrt man zu PRIESSNITZschen Umschlägen zurück. Nach 24 Stunden bestreicht man die unter dem Kautschuk zu intensiver Absonderung gebrachte Haut mit einer wässerigen Lapislösung von 1:40, nach dem Eintrocknen wieder Kautschuk. Zweiter Wechsel nach weiteren 24 Stunden. Bestreichen mit einer Lapislösung 1 : 30 u. s. w. bis zu 1 : 15. Angeblich treten niemals irgend welche Entzündungserscheinungen dazu. — Die zweite Anwendungsform des Höllensteins durch LEREDDE greift in die Behandlung ein, wenn die Schwellung der Haut im Abnehmen begriffen ist, aber nur bei Ekzemen externer Ursache und ekzematösen Dermatitiden. Besonders indiziert ist sie beim Berufsekzem der Hände. Das Verfahren ist folgendes: Zur Desinfektion der Haut, zur Zerstörung irgendwelcher Pusteln benutzt man Kataplasmen von gewöhnlichem gekochten Wasser oder 5%ige Borax- bezw. Natr. bicarbonat-Lösungen, die zweimal täglich gewechselt werden müssen. Nachdem man diese Umschläge drei Tage angewendet hat, pinselt man die befallenen Stellen mit gesättigter wässeriger Höllensteinlösung und bestreicht sie dann mit einem Stift metallischen Zinks. Hierdurch bildet sich ein schwarzes Präcipitat, das drei bis vier Tage auf der schnell austrocknenden Haut bleibt. Zweimaliges Wiederholen der Prozedur führt meist zum Ziel. In den Zwischenzeiten giebt man dicke Salben, doch sind Borsalben stets zu vermeiden, da sie auf die ekzematöse Haut entschieden reizend einwirken. Sehr dienlich sind dann auch Teer- oder Salicylsäuresalben.

Hopf-Dresden.

Behandlung der Kinderekzeme, von CHARLES WARRENNE ALLEN. (*New York med. Journ.* 1. April 1899.) Der seinen zahlreichen, im Originale acht Zeilen (der halbgespaltenen Seite) einnehmenden Titeln nach sehr beschäftigte Praktiker, welcher an verschiedenen Spitälern New Yorks attending oder consulting dermatologist ist, las die folgende Abhandlung vor der pädiatrischen Sektion der New Yorker Akademie für Medizin. Dieselbe bringt zwar nicht wesentliches Neues, doch seien einige Punkte, welche sich der Praktiker immer wieder vor Augen halten muſs, hervorgehoben. Der bekannten Thatsache, daſs die Zahl der Ekzemfälle mit der jährlich zunehmenden Ausscheidung anderer Dermatosen aus dieser Krankheitsgruppe relativ immer mehr abnimmt, gedenkt auch A., welcher unter seinen 5000 Fällen im letzten Jahre nur 1000, also $^1/_5$, Ekzemfälle hatte, während in der Statistik der amerikanischen dermatologischen Vereinigung im Jahre 1879 $^1/_3$, im Jahre 1897 $^1/_4$ aller Fälle Ekzem zeigte. Neben den allgemein hygienischen Vorschriften, welche Art der Kleidung (Leinwand), tägliche Hautreinigung, Regulierung der Säugeperioden, Beobachtung der Muttermilch bezüglich Qualität und Quantität, intestinale Affektionen u. s. w. betreffen, sei darauf aufmerksam gemacht, daſs beim Kinderekzem genaue und intelligente Pflege so viel und oft mehr wert ist wie die ärztliche Verordnung und ein allgemeines Ekzem eine erfahrene Pflegerin ebenso in Anspruch nimmt wie etwa ein Fall von Pneumonie. Das Geheimnis des Erfolges liegt sodann oft in der Praktik, nicht zu reizen, wenn man mildern soll, in welcher Beziehung der Gebrauch der Seife oft zweifellos ein Fehler ist. Das Ekzem der Kinder hat gewisse Prädilektionsstellen, wie behaarter Kopf, Stirne, Wangen, die Gegend hinter den Ohren, Nacken und Schamgegend. An der Stirne wiederum ist die häufigste Form die seborrhoische. Wie bei derselben Affektion des Erwachsenen ist auch hier Resorcin angezeigt, jedoch in geringerer Konzentration; A. empfiehlt folgende Mischung: Resorcin. 0,5—1,0, Sulfur. depur. 2,0—4,0, Lanolin. 5,0—10,0, Axung. ad 100,0. In fast allen Fällen von Ekzem an der Anogenitalgegend hat A. mit vielem Erfolg, ebenso wie beim Eccema intertrigo, eine 3%ige wässerige Lösung von Methylenblau angewandt. Bei mehr trockener Abschuppung und geringer Infiltration der Haut sind mildere Salicyl- und Ichthyolsalben indiziert. Bei der impetiginösen Form, wenn die Krusten dick sind und nicht leicht zu entfernen mit Öl oder milder Seife, läſst A. mit Vorliebe das von den Franzosen empfohlene Kataplasma von Kartoffelmehl auflegen, jedoch in Verbindung mit einem leichten Antiseptikum, wie Borsäure, Karbol-, Lysollösung. Bei den mehr chronischen Formen älterer Kinder und bei ausgedehnter Schuppenbildung am Nacken, hinter den Ohren u. s. w. ist die festere Pastenform von Resorcin, deren Formel A. genau angiebt, zu empfehlen. Um Kratzen zu verhindern und das Medikament an Ort und Stelle zu belassen, giebt A. auſser Anbinden der Hände eine recht zweckmäſsige Stoffmaske an, welche aus einem Stück und zusammenhängend mit einem Jäckchen gefertigt und angezogen wird, nachdem das mit der Salbe bestrichene Stück Leinwand aufgelegt ist. Bezüglich der in der Praxis zuweilen herantretenden Frage, ob die Heilung eines Ekzems nicht manchmal schädlich sei oder direkt innere Krankheiten hervorrufe — Referent könnte für diese besonders von Franzosen vertretene Ansicht einen eklatanten Fall anführen — steht A. auf dem Standpunkte, daſs dies sehr selten vorkomme und man stets das Hautleiden mit allen Mitteln bekämpfen und heilen solle.

Stern-München.

Über Lokalisation der Psoriasis auf Impfnarben, von BETTMANN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 15.) Bei einem 12jährigen Knaben, der nie an einer Hautkrankheit gelitten hatte, trat einige Wochen nach der Wiederimpfung eine typische Psoriasis vulgaris auf, und zwar lagen die zuerst entstandenen Efflorescenzen zwischen und auf den Impfnarben; von hier aus breitete sich die Affektion über die Streckseiten

der beiden Arme aus, den linken, geimpften Arm stärker befallend als den rechten, in geringeren Grade auch über den Rumpf, die Streckseiten der unteren Extremitäten und den behaarten Kopf. — Bekanntlich entwickelt sich Psoriasis vulgaris nicht selten infolge irgend eines starken äufseren Reizes. In dem beschriebenen Falle mufs die Vaccination als das den Ausbruch der Krankheit verursachende Reizmoment betrachtet werden. Zu der Annahme, dafs mit der Lymphe ein spezifischer Psoriasisbacillus eingeimpft worden oder dafs ein solcher nachträglich von der Impfstelle aus eingedrungen wäre, liegt kein Grund vor. *Götz-München.*

Die mykotische Natur der Psoriasis, von Sültmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 14.) Verfasser sah fünf Fälle von Psoriasis, in denen sie die Kranken mit aller Bestimmtheit auf Ansteckung von einer Kuh zurückführten; bald nachdem sie die Schuppen bei den Kühen gesehen hätten, hatten sie auch selbst an eignen Kratzstellen Flecken bemerkt. (Na! na! Herpes tonsurans!) *F. Hahn-Bremen.*

Dauernde Heilung der Psoriasis durch Salol-Ricinusöl will Oberson (*Rev. méd. de la Suisse rom.* 1898. No. 6) erreicht haben. Er verordnete einem 29jährigen Manne äufserlich Chrysarobin und Pyrogallol, innerlich Arsen und Salol-Ricinusöl. Auch nach Abheilung der Psoriasis wurde noch monatelang das Salol-Ricinusöl weitergegeben und schon ist ein Jahr vergangen, ohne dafs die Psoriasis wiedergekehrt ist. (Solche Erfolge sind auch ohne interne Behandlung oft genug beobachtet worden; aus diesem einen Falle daher auf eine spezielle Wirkung des Salol-Ricinusöls zu schliefsen, scheint doch etwas sehr gewagt zu sein. Ref.) *P. Taenzer-Bremen.*

Pityriasis rubra pilaris, von A. Ravogli. (*Cincinnati Lancet-Clinic.* 8. April 1899.) Zur Kasuistik dieser seltenen, zuerst im Jahre 1828 von einem englischen Arzte beschriebenen und später besonders von französischen Dermatologen (Devergie, Richaud, Besnier) klargelegten Affektion bringt R. einen mit sechs Illustrationen erläuterten Fall, welcher eine 41jährige Frau betrifft und bereits sechs Monate bestanden hat. Die Hauptcharacteristica der Krankheit sind 1. diffuse, fast den ganzen Körper bedeckende Röte und hochgradige Vergröfserung der Falten und Furchen des Körpers, 2. abundante Abschuppung, besonders an Armen, Kopfhaut, Gesicht; an der Palma manus und Fufssohlen sind die Schuppen hart, dick und adhärent, an den übrigen Körperstellen dünn und oberflächlich. Das dritte Hauptsymptom ist Rauhheit der Follikelmündungen, sodafs Arme, Nacken und Teile der Schultern den Eindruck der Gänsehaut machen. Im vorliegenden Falle sind Röte und Abschuppung zuerst erschienen, während in anderen Fällen die Rauhheit der Follikel das erste Symptom ist; die Verbreiterung der Hautfalten stellt sich erst später ein, wenn die Exsudation in die oberflächliche Hautschicht eingetreten ist. Wie die abgebildeten Präparate lehren, besteht die hauptsächliche pathologisch-mikroskopische Veränderung der Krankheit in allgemeiner Hyperkeratosis, welche besonders durch die diffuse Härte der Hornschicht und die grofse Menge verhornter Zellen in den Follikeln erwiesen ist. Im allgemeinen ist die Affektion leicht zu erkennen für den, der nur einmal einen derartigen Fall gesehen hat; differentialdiagnostisch kämen bei weniger entwickelten Fällen immerhin in Betracht Keratosis follicularis, Ichthyosis, Lichen ruber acuminatus, Psoriasis, aber bei genauer Beobachtung dürfte eine baldige Unterscheidung meist möglich sein. Die Ätiologie des Leidens ist völlig in Dunkel gehüllt, bezüglich der Häufigkeit kommt es nach Lichen ruber (Wilsonii) und vor Lichen ruber acuminatus. Bei dem vorliegenden Falle war keine Spur von Erblichkeit zu finden, Patientin hat gutes Aussehen, klagt nur über mangelhafte Verdauung und Magenbeschwerden, die Hautaffektion verursacht ihr eine Art Kältegefühl und Jucken, im Urin kein

Eiweifs, Zucker u. s. w. Die Prognose ist im allgemeinen eine gute, wiewohl die Dauer des Leidens oft eine unbegrenzte ist und häufig Rückfälle vorkommen, bei welchen bald Ober- bald Unterkörper mehr betroffen ist. Der chronische Verlauf, die Hartnäckigkeit des Leidens und die Unwirksamkeit der Therapie können dasselbe immerhin auch zu einem ernsteren gestalten. R. wandte nach vergeblichen Versuchen mit anderen Mitteln zuletzt täglich subcutane Injektionen einer 10%igen Arseniklösung an und glaubt, damit bedeutende Besserung erzielt zu haben, äufserlich ebenfalls mit Erfolg Teertinktur (zur Erweichung der Epidermis) und späterhin 10%iges Naphtalinvaselin, ferner hält er für sehr nützlich Bäder, einfache oder medikamentöse, und schliefslich geeignete, sorgfältige Diät. *Stern-München.*

Pathologie und Therapie von Herpes tonsurans, von S. Marsden. (*Lancet.* 15. April 1899.) In einer Sitzung der Birkenhead Medical Society besprach Verfasser dies Thema und empfahl als wichtigstes Hülfsmittel zur Ausrottung der Krankheit die Einführung der Anzeigepflicht für dieselbe. *Philippi-Itzehoe.*

Ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum, von S. Prissmann. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1898. No. 50.) Verfasser hatte Gelegenheit einen sporadischen Fall dieser eigenartigen Dermatose zu beobachten, der wahrscheinlich mit hereditärer Lues kompliziert war. Ein 10tägiges, sehr schwächliches Kind einer notorisch luetischen Mutter erkrankte unter den Erscheinungen einer intertriginösen Dermatitis, wobei die dunkelrote Haut durch ihre glänzende Trockenheit auffiel. Unter Bildung vereinzelter Sudamina folgte bald darauf eine völlige Abstofsung der Epidermis an den affizierten Stellen. Die ganze übrige Haut erkrankte im Laufe der nächsten Wochen auf dieselbe Weise mit alleiniger Ausnahme der Handflächen. Der Knabe sah hochrot, wie verbrüht aus, wobei die Haut glatt, glänzend, trocken, an vielen Stellen mit kleinen und gröfseren Epidermisfetzen bedeckt war. Fieber war nicht vorhanden. Jedoch schien das Kind subjektiv viel zu leiden. Erscheinungen von Syphilis waren nicht vorhanden, auffallende Kachexie war allerdings verdächtig. Sublimatbäder (von anderer Seite empfohlen) hatten Verschlimmerung des Zustandes herbeigeführt. Nach konsequent 1—2 mal täglich durchgeführten Kleienbädern mit nachheriger Einpuderung (Dermatol, Zinkoxyd, Talc. venet.) und später Borsalben trat nach Regeneration der Epidermis eine vollkommene Heilung ein. Dauer der Krankheit ca. 4 Wochen. Das Kind starb später an Magendarmkatarrh.

I. Bloch-Berlin.

Beobachtungen über die polymorphe exsudative Dermatose und über den Einfluſs des Eka-Jodoforms auf dieselbe, von A. G. Cipriani. (*Therap. Monatsh.* März 1899.) Die polymorphe exsudative Dermatose ist eine Infektionskrankheit; Pflanzenkost, Anämie disponieren. Auch eine erbliche Familiendisposition giebt es. Die Disposition wird nach jedem Auftreten der Krankheit eine gröfsere. Idiosynkrasien spielen oft mit. Nach 1—2tägigen Prodromen mit Ekel vor Speisen, leichten Fieberanfällen, tritt unter Schüttelfrost der Ausschlag auf, der fast nie länger als 9 Tage dauert. Wo der Ausschlag sich über den ganzen Körper erstreckt, bestehen Konstipation, der Brechdurchfall folgt, Milzschwellung, Ödem an den Beinen, Gelenkschmerzen, Apathie; Drüsenvereiterung in Achselhöhle und Leistengegend kann sich einstellen. Während des Leidens gewöhnlich kein bedeutendes Fieber, nur bei schweren Fällen hohe Temperaturen mit kritischem Abfall am 3.—4. Tage. — Die polymorphe exsudative Dermatitis entsteht durch Blutinfektion. — Therapeutisch sah Verfasser gutes vom Eka-Jodoform, welches 0,05 Paraformaldehyd enthält; es wird auf die Efflorescenzen aufgetragen. Intern gab Verfasser gleichzeitig 5,0 Salol pro die. Den Erfolg der

Behandlung schreibt er aber dem Eka-Jodoform zu. (Dieser therapeutische Schluſs erscheint doch wenig berechtigt. — Übrigens ist eine Form der polymorphen exsudativen Dermatitis, wie sie Verfasser schildert, bei uns kaum bekannt. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Diagnose und Pathogenese akuter Blasenbildungen der Haut, nebst kasuistischem Beitrag zur „Febris bullosa“, von Köhler. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 62. Band. 5. u. 6. Heft.) Verfasser veröffentlicht eine kleine Epidemie von akutem Pemphigus, die er an der Jenenser medizinischen Klinik beobachtete. Er kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu den Schlüssen, daſs die echte, mit Allgemeinerscheinungen einhergehende Febris bullosa kontagiös sei, daſs sie sowohl Kinder als Erwachsene befallen könne und daſs sie nach Art der akuten Exantheme verlaufe. Viel verwechselt wird sie mit Massenerkrankungen an Impetigo contagiosa. Aus dem Blaseninhalt konnte Verfasser den Staphylococcus aureus und einen dem Neisserschen Gonococcus ähnlichen Pilz züchten. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von akutem Pemphigus, von W. Hadley u. W. Bulloch. (*Lancet.* 6. Mai 1899.) Ein 23jähriger kräftiger Schlachter entwickelte drei bis vier Tage nach einer während der Arbeit acquirierten Handverletzung Bläschen am Kinn, welche sich im Laufe der nächsten zehn Tage in Schüben über den ganzen Körper und auch auf Zunge und Rachen ausdehnten. Unter Fieber, Erbrechen, Diarrhoe ging Patient ziemlich plötzlich zu Grunde. Eine noch bei Lebzeiten vorgenommene Untersuchung des Inhalts der Blasen ergab nebst fast ausschlieſslich eosinophilen Leukocyten einen sich nach Gram färbenden Diplococcus, wie solcher von Demme u. a. bereits konstatiert worden ist. Von anderer Seite sind in der Litteratur bereits neun ähnliche bei Schlachtern beobachtete Fälle kürzlich verzeichnet worden. *Philippi-Itzehoe.*

Ein interessanter Fall von Pemphigus, von S. Roach. (*Lancet.* 14. Januar 1899.) Die Affektion hatte sich bei dem nunmehr 7jährigen Knaben bald nach der Geburt eingefunden und war, vielleicht wegen Mangels irgend welcher sachgemäſser Behandlung, seitdem in wechselnder Intensität immer bestehen geblieben. Die Läsionen, Bläschen und Blasen, bis Markstück groſs, waren hauptsächlich auf den Rücken und die Hinterflächen der Beine lokalisiert, bald mit, bald ohne entzündlichen Hof. Fast die ganze Körperoberfläche zeigte intensive Pigmentierungen, wo zuvor Blasen bestanden hatten. Abfallen der Nägel war auch mehrmals beobachtet worden. Für Syphilis fanden sich keine Anhaltspunkte. Das Allgemeinbefinden war ausgezeichnet. Der weitere Verlauf konnte nicht beobachtet werden, da R. nicht in der Gegend (Neufundland) blieb. *Philippi-Itzehoe.*

Pemphigus neonatorum, von Friedrich Luithlen. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 4.) Nach einer ausführlichen Darstellung der Pathologie des Pemphigus neonatorum, wobei er gleich Almquist Staphylokokken als Erreger ansieht, giebt Verfasser die in zwei Fällen erhobenen histologischen Untersuchungsbefunde. Solche existieren nur noch von Birch-Hirschfeld und Caesar Boeck. Verfasser fand eine durch Abhebung der Hornschicht von der Stachelschicht entstandene Blase, die mehrkernige Leukocyten enthält. Wo die Hornschicht widerstandsfähiger ist, bei schon etwas älteren Kindern, ist der Papillarkörper durch das Exsudat nach unten gedrückt, während bei jüngeren Kindern die Blase bald platzt. Die zellige Infiltration des Corium besteht nur so lange, bis die Blase geplatzt ist; dann findet man nur die stets vorhandene Gefäſserweiterung, da die Leukocyten unter Aufhören der Exsudation an die Oberfläche gewandert sind. — Ätiologisch verwandt ist der Pemphigus neo-

natorum der Impetigo contagiosa; wahrscheinlich handelt es sich bei ersterem um einen minder virulenten Staphylococcus aureus. Wo bei der Mutter Puerperalprozesse mit Blasenausschlägen bestehen, wie Staub es in zwei Fällen gesehen, ist der Vorgang durch eine Staphylokokkeninfektion der Mutter, die auf das Kind übergeht, zu erklären. — Bei der Differentialdiagnose sind zu berücksichtigen: Pemphigus syphiliticus, bullöses Ekzem, Herpes tonsurans, Dermatitis exfoliativa Ritter, septische Exantheme, zu denen auch der Pemphigus gangraenosus der Neugeborenen zählt, Pemphigus neonatorum periumbilicalis Trautenroth, hervorgerufen durch das vom Nabelschnurrest herabsickernde Sekret. Auch eine Verbrühung kann zu Verwechslungen Anlafs geben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Impetigo, Ekthyma und sogenannter Pemphigus contagiosus, von Corlett-London. (*Cleveland Journ. of Med.* Dez. 1898.) Die Abhandlung stellt eine kritische Studie über die Stellung der einzelnen von der heutigen Dermatologie als Impetigo mit erläuterndem Adjektivum bezeichneten Hautaffektionen zum eigentlichen pathologisch-anatomischen Bild der reinen Impetigo dar. Corlett geht so der Reihe nach die Impetigo herpetiformis Hebras, Impetigo vulgaris, contagiosa, figurata (circinata Unna), contagiosa bullosa sive Pemphigus contagiosus durch und kommt zu folgenden Schlüssen: Das wesentliche Symptom bei Impetigo ist die Bildung von Eiter, der durch den Staphylococcus pyogenes aureus, albus oder citreus, sowie in selteneren Fällen auch durch Streptokokken erzeugt sein kann. Impetigo herpetiformis stellt die intensivste Virulenzstufe impetiginöser Keimwirkung dar. Alle Impetigoarten sind verwandte Krankheiten, die nur infolge der durch äufsere Verhältnisse oder körperliche Bedingungen verschiedenartig beeinflufsten Entwickelung der Keime ungleichartige Krankheitsbilder hervorbringen. Dafs z. B. Impetigo herpetiformis nur bei schwangeren oder kürzlich entbundenen Frauen auftreten soll, ist falsch; Kaposi selbst und Dubreuilh berichten von Fällen der Affektion bei Männern. Was die Diagnose und Therapie der verschiedenen Impetigoprozesse betrifft, wandelt Corlett bekannte Bahnen. Aus seiner Praxis giebt Verfasser der anregenden Arbeit den Bericht über einen Fall von Impetigo herpetiformis bei einer 58jährigen Dame (keine Schwangerschaft — Heilung nach drei Monaten), zwei Fälle von Impetigo simplex (darunter an einem Individuum Impetigo neben pustulösem Ekzem) und vier Fälle von Impetigo contagiosa gyrata sive Pemphigus contagiosus. Es handelte sich bei letzteren um vier Soldaten des 5. Regiments. Die Erkrankung ist im vorigen Jahre unter den nach Florida geworfenen amerikanischen Truppen sehr häufig zu beobachten gewesen. Auch haben die heimkehrenden Krieger die Krankheit mit nach dem Norden gebracht. Unter geringem Jucken treten mehrere, zuweilen nur ein roter Fleck auf von Stecknadelkopf- bis Bohnengröfse, die nach etwa zwölf Stunden sich in dünnwandige Blasen umwandeln. Letztere, die serösen Inhalt zeigen, dehnen sich peripheriewärts bis zu einem Durchmesser von 5 cm aus. Das Reiben der Kleidung genügt schon zum Zerdrücken der Blasendecke. Werden die Blasen nicht aufgerieben, so verwandelt sich der Blaseninhalt binnen drei Tagen in eine opaline, dann in eine gelbe Flüssigkeit, deren Umfang von unten nach oben zunimmt. Rein eitrig wird das Blasenserum selten. Um die Blasen herum besteht kein Hof, noch sonst welche Zeichen von Entzündung. Die rankenförmige, annuläre Anordnung entsteht durch Erschlaffung, Eintrocknung und Heilung des Blasencentrums. *Hopf-Dresden.*

Sykosis parasitaria der behaarten Kopfhaut, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Presse.* 1898. No. 43.) Die Sykosis parasitaria der Kopfhaut wird allgemein als eine seltene Hauterkrankung aufgefafst, so dafs selbst in den ausführlichsten Lehrbüchern nur von einem Pilz gesprochen wird, der auf der Kopfhaut das bekannte Bild des

Herpes tonsurans erzeugt, in der bärtigen Haut des Gesichtes die charakteristische Form der Sykosis parasitaria. Verfasser berichtet nun über vier Fälle (zwei Kinder und zwei Erwachsene), bei denen in verschiedener Ausbreitung und Lokalisation auf der Kopfhaut die Sykosis parasitaria durch den positiven Pilznachweis konstatiert werden konnte. Aus diesen Fällen ist ersichtlich, dafs bei einem halbwegs reichlichen Materiale die Sykosis parasitaria der Kopfhaut durchaus nicht zu den grofsen Seltenheiten gehört, nur dafs sie, wie die Sykosis parasitaria überhaupt, in den wohlhabenderen Volksklassen seltener vorkommt, sondern bei Berufen, welche die Kranken mit der Haut von Tieren in innige Berührung bringen. — Differentialdiagnostisch wäre nur das Eczema impetiginosum capillitii mit Schwellung der Haut und der Herpes tonsurans in Betracht zu ziehen. Doch ersteres zeigt, wenn es auch mit Eiterung einhergeht, ein von Sykosis wesentlich differentes Krankheitsbild; es handelt sich dabei nicht um eine circumscripte, sondern um eine diffuse Rötung und Schwellung. Die Eiterbildung entsteht beim Ekzem nicht wie bei der Sykosis parasitaria in kleinen, punktförmigen Eiterherden, sondern die ursprünglich nur nässende Hautoberfläche secerniert ein eiterartiges Sekret, ganz diffus, das zu Borken vertrocknet, ein Vorkommen, das der Sykosis fehlt. Ausschlaggebend ist selbstverständlich der positive Pilznachweis bei der Sykosis parasitaria, nur mufs erwähnt werden, dafs unter Umständen die Pilze nicht gleich in der ersten Eiterprobe erscheinen, sondern dafs wiederholt danach gesucht werden mufs. Die Differentialdiagnose von Herpes tonsurans ist insofern von weniger ausschlaggebender Bedeutung, weil, namentlich im Nacken, Sykosis parasitaria mit Herpes tonsurans beginnt, indem zuerst schuppende Stellen mit Bläschen auftreten und dann Tumor mit Eiterung der Haarbälge sich hinzugesellt. Ätiologisch bieten diese Fälle noch ein theoretisches Interesse, da in der Mehrzahl der Fälle der Herpes tonsurans capillitii nicht in eine Sykosis parasitaria übergeht, während die Kombination von Herpes tonsurans des Stammes mit Sykosis parasitaria häufiger zu beobachten ist. *A. Alpár-Budapest.*

b. *der Cutis.*

Hämorrhagie infolge eines phagedänischen Schankers der Eichel, unter dem Bilde einer Urethralblutung verlaufend, von Boisson. (*La Policlinique.* 1899. No. 4.) Der Verfasser beobachtete bei einem 29jährigen Manne eine starke Hämorrhagie des hochgradig geschwollenen Penis. Das Blut trat tropfenweise aus dem engen Orificium praeputii aus. Dicht hinter dem Collum glandis war eine weiche, sehr schmerzhafte Schwellung zu fühlen. Am nächsten Tage hatte die Blutung infolge eines Kompressionsverbandes aufgehört, der Kranke urinierte ohne Schmerzen, der Urin enthielt kein Blut; aus dem Orificium der Vorhaut entleerte sich auf Druck eine eitrige Flüssigkeit. Erst am folgenden Tage konnte man die Urethralmündung sehen; bei Druck auf den Penis kam zwischen Vorhaut und Eichel eine jauchige Flüssigkeit zum Vorschein. Damit war die Diagnose eines Geschwürs der Glans gesichert, während bis dahin die Möglichkeit einer Urethralblutung infolge eines intraurethralen Schankers oder einer Ruptur der Urethra nicht mit Sicherheit auszuschliefsen war. Es wurde eine Circumcision vorgenommen, und es fand sich eine ausgedehnte Geschwürsbildung auf der linken Seite des Collum glandis; die Stelle des Blutaustritts war durch ein kleines Blutgerinnsel markiert. *Göts-München.*

Die Behandlung des weichen Schankers mittelst Dampf, von Manfanowski. *Wratsch* 1899. No. 12.) M. hat den Dampf mittelst des von Snegireff für die Blutstillung empfohlenen Apparates angewandt. Da die dem Apparat entströmende Hitze 100° Celsius beträgt, liefs M. denselben in einer Entfernung von 4—8 cm auf die Ge-

schwüre einwirken, sodafs dieselben nur einer Temperatur von 50—60° ausgesetzt werden. Die Sitzung dauerte 3—10 Minuten. Nach 3—4 Sitzungen verloren die Geschwüre den spezifischen Charakter und nach 10—15 Sitzungen waren durchschnittlich die Ulcera verheilt. 89 Fälle hat M. auf diese Weise behandelt und ist mit dem Resultat der Behandlung zufrieden. *A. Jordan-Moskau.*

Desinfektionsversuche von mit Eiter aus venerischen Ulcera infizierten Wunden mittelst gewöhnlicher Seife, von Giovannini. (*Gass. med. di Torino.* 1899. No. 45—46.) Bei einer Anzahl von Individuen wurden — meist am Oberschenkel, seltener an den Genitalien — mittelst des Bistouris Incisionen oder Exkoriationen gemacht und auf die frischen Wunden Eiter von weichen Schankern inokuliert. Bei einer Abteilung dieser Versuchsindividuen wurde sodann die Wunde gleich danach einfach mit grofsen Mengen kalten und warmen Wassers tüchtig ausgewaschen, bei einer zweiten Abteilung dagegen wurde aufser Wasser auch Marseiller Seife verwendet. Es zeigte sich nun, dafs die meisten der mit Seifenwasser behandelten Wunden desinfiziert werden konnten, während bei der anderen Serie von Patienten die Versuche negativ ausfielen. Verfasser schliefst daraus, dafs der Seife wirkliche antiseptische Eigenschaften zukommen. *C. Müller-Genf.*

Bakteriologische Befunde bei Stomatitis und Tonsillitis ulcerosa, von Salomon. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 19.) Verfasser beschreibt drei Fälle von Tonsillargeschwüren, bei denen er einen von Bernheim zuerst beschriebenen Mikrobienbefund machte. Es handelt sich um eine Kombination von Stäbchen und Spirillen, und zwar ist es ein langer, an den Enden zugespitzter, oft etwas gebogener Bacillus; nicht selten liegen zwei Exemplare hinter einander, eine gerade oder eine Sichelform oder einen spitzen Winkel bildend. Mit dem Diphtheriebacillus kann er kaum verwechselt werden. Die durch dies Mikrobion verursachte Erkrankung stellt sich dar als meist einseitiges Geschwür; dasselbe ist flach, der Grund manchmal etwas hart, die Umgebung gering entzündet, die Ränder etwas erhaben. Im Anfang findet man einen dicken Belag, doch reinigen die Geschwüre sich schnell. Submaxillardrüsen schwellen an, Fieber fehlt meist. Die Heilung erfolgt oft auffallend rasch.
F. Hahn-Bremen.

Einige Bemerkungen über Erysipel und dessen Behandlung, von Charles W. Allen-New York. (*Med. News.* 8. April 1899.) Bei der Beobachtung seiner zuletzt behandelten 100 Fälle, auf welche vorliegende Abhandlung sich bezieht, fand A. auffallend häufig gleichzeitige oder vorhergehende Nasenaffektionen bei Gesichtserysipel, sodafs er überzeugt ist, es sei bei Fehlen einer Haut- oder Rachenaffektion stets die Nase die Eingangspforte für den Infektionserreger des Erysipels; bei genauer Untersuchung seiner Patienten waren in der That bei zwei Dritteln Spuren einer eben bestehenden oder abgelaufenen Nasenaffektion vorhanden. Da sich ihm das Ichthyol als ein vorzügliches Mittel bei Erysipel bewährte, so wandte er es auch an der Ursprungsstelle desselben an, und zwar applizierte er eine 50%ige wässerige Lösung so weit als möglich an der ganzen vorderen und hinteren Nase, an allen Fissuren und Exkoriationen am oder nahe am Introitus. Auf die affizierte Gesichtshaut selbst wurde 25%iges Ichthyolkollodium gestrichen. Die Resultate waren überraschend gute, zuweilen war schon nach 24 Stunden der ganze Prozefs, Temperatur und objektive Zeichen, coupiert, eine Reihe anderer Patienten wurde am zweiten oder dritten Tage geheilt entlassen. In Fällen von Erysipel der Extremitäten wurde über der Ichthyolpaste der Adhäsivverband angewandt, ebenfalls mit den denkbar besten Erfolgen. In Anbetracht der häufigen Recidive, besonders des Gesichtserysipels, rät

A., zur Prophylaxe auf Nase und Rachen sorgfältig zu achten, und zweifelt nicht, daſs Ichthyol bei Ozaena und ähnlichen chronischen Zuständen sich trefflich bewähren wird. Schlieſslich hebt A. noch die treffliche Wirkung seiner kombinierten Methode bei Extremitätenerysipel im Kindesalter hervor, wovon er bereits 50 Fälle geheilt habe.

Stern-München.

Ein Fall von Phlegmone des Halses, von Feige. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 6.) Verfasser beobachtete einen Fall von Angina Ludovici, den er wegen der örtlichen Verhältnisse nicht rechtzeitig incidieren konnte. Es folgte dann Durchbruch in Pharynx und Larynx, Infektion von der Mundhöhle aus mit septischen Stoffen und Fäulnisgiften und der Tod trat nach einigen Tagen infolge der Sepsis ein.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Noma bei einem dysenterischen Erwachsenen, von Le Count-Chicago. (*Philad. med. Journ.* 17. Dez. 1898.) Der Verfasser berichtet einen Fall von Dysenterie, in deren Verlauf sich eine circumscripte Gangrän der Lippe und des Kinns, von der Haut bis zur Schleimhaut reichend, einstellte. Das Seltene dabei ist das Auftreten dieser Affektion, die unter das Kapitel Noma gereiht werden muſs, bei einem Erwachsenen. Es handelt sich um einen 35jährigen, sonst gesunden Mann. Nach Krauss, der 165 Fälle von Noma zusammengestellt hat, findet sich das seltene Leiden zu 68% vor dem fünften Lebensjahre ein, und zu 30% tritt es zwischen dem fünften und fünfzehnten Jahre auf. Babes und Zambilovici, denen in Bukarest relativ viel Noma unter die Hände kommt, fanden zweimal einen spezifischen Bacillus, der bei Impfversuchen mit Kaninchen Gangrän der Wangen erzeugte. In beiden Fällen dieser Autoren gingen dem Noma Masern voran. Guzzetti fand den identischen Bacillus in drei von vier Nomafällen. Aber auch andere Bacillen können dasselbe pathologisch-anatomische Bild erzeugen, so der Diphtheriebacillus (Freymuth und Petruschky, Heilung nach Heilserumtherapie) u. a. Noma mag demnach in der Mehrzahl durch einen spezifischen Bacillus erzeugt werden; es kommen aber auch durch andere Erreger hervorgerufene Gangränen und Nekrosen vor, die vorläufig ebenfalls für Noma angesprochen werden müssen. Ein Analogon bietet die vergleichende Pathologie mit dem Nekrosebacillus. (Bacillus necrosis-Salomonsen, Streptothrix cuniculi-Schmorl.)

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Noma des Ohres, von G. Munro Smith. (*Brit. med. Journ.* 10. Sept. 1898.) Ein zweijähriges, ziemlich gut genährtes, aber anämisch aussehendes Kind, dessen Mutter an Syphilis gelitten hatte, erkrankte mit Schwellung und Röte des ganzen linken Ohres und eitrigem Ausflusse aus demselben. Die linke Wange war ebenfalls geschwollen. In der Grube des Antihelix befand sich ein kleines, mit gräulich-grauem, lose haftenden Schorfe bedecktes Geschwür. Das Allgemeinbefinden des Kindes war gut. Es nahm gern die Nahrung. Unter antiseptischer Behandlung trat Besserung ein, als plötzlich das Ohr von neuem rapid anzuschwellen und das Geschwür sich rasch auszubreiten begann. Das Allgemeinbefinden des Kindes verschlechterte sich zusehends. Wiederholte Auskratzungen des Geschwüres und energische antiseptische Auswaschungen hatten nur vorübergehenden Nutzen. Unter den Erscheinungen der Meningitis starb das Kind nach sechswöchentlicher Behandlung. — In dem für Noma sonst typischen Symptomenbilde war ungewöhnlich nur die Lokalisation der Geschwulst und das vollständige Fehlen des schwarzen Schorfes. Die Autopsie ergab unter anderen Befunden auch eine ausgedehnte Sinusthrombose. Die mikroskopische wie bakteriologische Untersuchung ergab neben wenigen Staphylokokken einen kurzen Bacillus mit abgerundeten Enden, leicht färbbar in Anilinfarben und im ganzen mit dem von Schimmelbusch beschriebenen identisch oder ihm sehr ähnlich.

C. Berliner-Aachen.

Über seltenere Lokalisation des Diphtheriebacillus auf Haut und Schleimhaut, von A. W. R. Müller. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 6.) Verfasser hatte Gelegenheit, ein zehnjähriges Mädchen mit einer Affektion der Vulva zu beobachten, die klinisch als Diphtherie erkannt wurde; bakteriologisch konnten aus dem Eiter Reinkulturen des Löfflerschen Bacillus gezüchtet werden. Zugleich bestand eine mäfsige Pharynxdiphtherie, die aber später als die Vulvaaffektion aufgetreten war. Behrings Serum führte rasche Heilung herbei. Der Fall beweist, dafs Eiterbildung und Virulenz der Diphtheriebacillen nicht erst durch das Zusammentreffen mit pyogenen Kokken bedingt werden. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von akuter Dermatomyositis, von W. Neubauer. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1899. No. 12.) Das von Unverricht als Dermatomyositis bezeichnete, 1887 von ihm, Wagner und Hepp gleichzeitig zuerst geschilderte Leiden ist bekanntlich eine infektiöse entzündliche Affektion der Muskeln und des Unterhautbindegewebes. Dasselbe ist strenge zu unterscheiden von den septico-pyämischen Muskelentzündungen, von der mit Neuritis und Polyarthritis verbundenen Myositis. Verfasser teilt die Krankheitsgeschichte eines Falles von Dermatomyositis mit, der nach acht Wochen in Heilung überging. Ausgedehnte, sehr schmerzhafte, teigige Muskelschwellungen, Ödeme, profuse Schweifse, roseolaartiges Exanthem, Milzschwellung, hochgradige Albuminurie bildeten die Symptome. Dazu trat eine pneumonische Lungeninfiltration mit blutigem Auswurf und ein sanguinolentes pleuritisches Exsudat. Bemerkenswert war die Beteiligung von Hals- und Kehlkopfmuskulatur. Nur Gesichts-, Zwerchfells- und Herzmuskulatur blieben intakt. — Die Roseola ging nicht mit dem Ödem Hand in Hand, ein Herpes trat um eine Kampferinjektionsstelle auf; beides ist schon beobachtet. — Die Temperatur schwankte zwischen 38,5—39°. — Kulturversuche ergaben kein positives Resultat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pemphigus vegetans, von Julius Mayr. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 20.) Verfasser beschreibt unter obiger Diagnose und Beifügung einer Photographie die Hauterkrankung eines gesunden kräftigen Knechtes. Auf der gesamten Haut traten kleine Knötchen mit dunkelrotem Hof auf, die an ihrer Spitze ein kleines Bläschen trugen. Dazwischen Narben von einer früheren ähnlichen Erkrankung. Bald beginnen die Knötchen zu wachsen und sind mit eitergefüllten, bis markstückgrofsen Blasen bedeckt. Nach dem Platzen der Blasen wuchern aus dem Geschwürsgrund üppige Granulationen hervor, die allmählich eintrocknen. Heilung nach vier Wochen unter Narbenbildung. (Wie ein Pemphigus sieht das Ding nach Bild und Beschreibung nicht gerade aus, eher schon wie ein Syphilid, wofür auch vielleicht der Erfolg der Therapie, weifse Präcipitatsalbe, spricht. Ref.)
F. Hahn-Bremen.

Die Furunkulose, ihre Ätiologie und Behandlung, von Stoner. (*Med. News.* 14. Jan. 1899.) Der Verfasser bezeichnet den Ausdruck Furunkulose als unrichtig und schlecht; denn die Furunkulose genannte Affektion ist keine konstitutionelle Krankheit, die durch innere Mittel bekämpft werden kann; sie ist lediglich das Resultat mehrfacher lokaler Infektionen. Diese kommen zu stande, indem der aus einem bestehenden Furunkel ausfliefsende Eiter benachbarte Hautpartien infiziert, oder indem Eiterkokken durch die Finger oder durch Kleider und Wäsche auf entlegenere Hautstellen verschleppt werden. An eine Verbreitung der pyogenen Keime auf metastatischem Wege glaubt der Verfasser nicht. Aufgabe der Therapie ist es demnach, die Keime auf ihren ursprünglichen Herd zu beschränken; jeder Furunkel mufs durch einen Verband so bedeckt werden, dafs die angrenzenden Hautpartien vor dem

ausfliefsenden Eiter geschützt sind. Ist dies nicht möglich, so mufs die Umgebung des Furunkels wiederholt mit starker Sublimatlösung (1/2‰) gereinigt werden; auch der Furunkel selbst ist mit Sublimat zu behandeln. Fleifsiges Abreiben mit starker Sublimatlösung genügt auch, um die Entwickelung eben beginnender Furunkel zu verhüten; diese Methode ist viel angenehmer und ebenso erfolgreich wie Einspritzung von Karbolsäurelösung. *Götz-München.*

Bierhefe bei Furunkulose, von L. Brocq-Paris. (*Presse méd.* 28. Jan. 1899.) Es ist verdienstlich, dafs ein so geschätzter Kliniker in einer weit verbreiteten wissenschaftlichen Zeitung auf die therapeutische Verwendbarkeit der Bierhefe bei der Furunkulose hinweist, die leider im ärztlichen Publikum fast gänzlich unbekannt ist. Brocq erfuhr von ihrem Nutzen bei einem ganz rebellischen Fall von Furunkelsucht ganz zufällig durch die Beobachtung des Kranken selbst, der das Mittel von Bekannten empfangen hatte. So ist im französischen Departement du Nord die Bierhefe ein ganz populäres Heilmittel für Leiden der erwähnten Art. Brocq wandte dieselbe seit 1894 in vielen Fällen von Furunkulose und Anthrakose, auch bei sich selber, mit erstaunlich gutem und schnellem Erfolg an. Von deutschen Klinikern hat besonders Lassar seit Jahren auf das bisher ziemlich unbekannte, anfangs bespöttelte Heilmittel aufmerksam gemacht. (Der Referent kann die Empfehlungen vorgenannter Autoren aufs wärmste unterstützen, da er von der am besten in Bier zu 3—4 Efslöffeln pro die gereichten frischen Bierhefe bei hartnäckiger Furunkelbildung die prächtigsten Erfolge gesehen hat.) *Hopf-Dresden.*

Karbunkel im Gesicht, von W. O. Beveridge. (*Brit. med. Journ.* 5. Nov. 1898.) Der 25jährige Patient hatte seit zwei Tagen an einer Beule gelitten, wie sie in Bermuda nicht selten sind. Er hatte den entzündeten Knoten dann angestochen, um den Eiter herauszulassen. Noch an demselben Tage erkrankte er mit Schüttelfrost, Kreuzschmerzen, Fieber und Delirien. Der Zustand verschlimmerte sich zusehends, trotzdem im Hospital, wohin der Patient gebracht worden war, eine breite Incision zur Entleerung des Eiters gemacht wurde. Am vierten Tage der Erkrankung zeigte sich ein scharlachartiger Ausschlag am Körper. Unter septischen, perikarditischen Erscheinungen und Prostration starb der Patient. *C. Berliner-Aachen.*

Das Natron salicylicum beim Furunkel und Karbunkel. (*Med. Obosr.*) Kroimoff wendet bei messerscheuen Individuen folgendes Verfahren an: Die affizierte Hautregion wird mit 5%iger Borsäurelösung abgewaschen und mit einer Schicht salicylsauren Natrons überstreut (es handelt sich natürlich um die Fälle, wo es bereits zum Aufbruch des Tumors gekommen ist). Das Pulver schmilzt sofort und verursacht heftiges Brennen, das einige Zeit anhält. Darüber kommt ein feuchter Borverband. Nach zwei oder drei derartigen Verbänden ist der Furunkel resp. Karbunkel in ein gewöhnliches Geschwür umgewandelt. An Stelle des salicylsauren Natrons hat Verfasser versucht, das Acidum salicylicum anzuwenden; das Resultat war aber bei weitem nicht so günstig; ebenso wenig mit der Borsäure und dem Naphtalin. Wenn der Tumor noch nicht aufgebrochen, werden kleine oberflächliche Incisionen gemacht und das Pulver aufgestreut oder Verbände mit 10%igen Lösungen dieses Salzes gemacht. Die auf diese Weise entstehenden Narben sind vielleicht etwas gröfser und nicht so regelmäfsig wie nach der tiefen Incision, was aber nur in Betracht kommt, wenn es sich um das Gesicht handelt. Bei Greisen, Diabetikern und erschöpften Individuen ist aber die Methode unter allen Umständen vorzuziehen.

C. Müller-Genf.

Heilung eines Falles von Milzbrand mit dem Serum von Sclavo, von Abba. (*Rif. med.* 1899. No. 54.) Der Patient erhielt in zwei Tagen fünf Injektionen von je 12 ccm dieses Serums und wurde nach zehn Tagen geheilt entlassen, obwohl der Fall ein ziemlich schwerer war. *C. Müller-Genf.*

Über die Orientbeule. Beobachtungen und Demonstrationen von Präparaten, von Felix Loewenhardt-Breslau. In letzter Zeit ging durch die Tageszeitungen die Nachricht, dafs einzelne Teilnehmer der letzten Palästinareise nachträglich von einer hierorts bisher unbekannten Erkrankung befallen seien, welche als Orientbeule erkannt wurde. Da ich im vorigen Jahre Gelegenheit hatte, drei Fälle dieser Krankheit in Elisabethpol zu studieren und mir eine Anzahl Präparate, sowie ein von Herrn Piontkowski in Kiew auf Veranlassung des Dr. Lindström angefertigtes sehr instruktives Wachsmodell zur Verfügung steht, wollte ich der Versammlung mit einigen Worten der Erklärung bei dem jetzt aktuellen Interesse letztere vorlegen. — Die Orientbeule (Mal de Biskra, Bouton d'Aleppe) ist eine chronische, endemische Hauterkrankung, die in Form von Knoten einzeln oder in Gruppen meist an den unbedeckten Körperstellen auftritt. Sie entwickelt sich in der Regel im Herbst, wo die meisten Insekten zur Entwickelung gelangen. Doch ist der Ätiologie in Vermutungen der weiteste Spielraum gelassen, eine allseitig anerkannte oder einwandsfreie Reinkultur etc. lag trotz Carter, Deperet, Boinet, Duclaux und Heidenreich nicht vor. Die von Cunningham gefundenen Körper der Delhibeule sind wahrscheinlich mit den hyalinen Kugeln Riehls identisch. — Es steht aufser Zweifel, dafs die endemische Beule in allen Stadien kontagiös ist. Die behauptete Immunität nach einmaliger Affektion ist sicher unrichtig. Die histologische Untersuchung ergab eigentlich nur den Nachweis der Unvollkommenheit rein anatomischer Untersuchungsmethoden. — In allen Fällen beginnt mitten in gesunder Haut ein unbedeutender roter Fleck, der sich in mehreren Wochen ähnlich wie beim Furunkel und einer Reihe anderer Affektionen zu einem erbsen- bis wallnufsgrofsen Knoten heranbildet. Die mittlere Oberfläche ist von einer dünnen Schuppe oder auch Kruste bedeckt. Später tritt im Centrum Zerfall ein und es bildet sich allmählich ein torpides Geschwür mit reichlicher Sekretion. Die Heilung erfolgt meist spontan durch Granulation und eine entsprechende Narbe, äufserst charakteristisch und oft sehr entstellend, bleibt zurück. In der Umgebung eines solchen Boutons kann sich eine Gruppe von weiteren Eruptionen ausbilden und auf diese Weise durch periphere Fortpflanzung zu bedeutenden Zerstörungen Veranlassung geben. — Die starke Sekretion führt häufig zu erheblichen Krustenbildungen. Die Dauer des sogenannten Jahresknotens variiert in ziemlich erheblichen Grenzen. — Differentialdiagnostisch kommen gewisse Syphilome, die Impetigo u. a. und auch tuberkulöse Affektionen in Betracht. — Die Neigung zur Nekrose und Geschwulstbildung, dennoch aber der Mangel eigentlicher Tumorbildung und gröfserer Härte lassen die Erkrankung im allgemeinen zwar unter die lokalen infektiösen Entzündungen, aber nicht an die Granulationsgeschwülste direkt anreihen.

Ich habe aus der Klientel des Dr. Melis-Begliaroff in Elisabethpol drei Patienten beobachtet: 1. Ein 8jähriges Kind mit Ulcerationen auf der linken Wange. 2. Einen 23jährigen Soldaten. Seit sechs Monaten an der Unterlippe Bouton. 3. Eine 40jährige Tartarin mit Narben auf linker Backe und Nase von früher abgeheilten Boutons. Auf dem Rücken der rechten Hand eine gröfsere erkrankte Stelle. Das Bild letzterer Erkrankung entsprach etwa dem vorgezeigten Wachsmodell. — Meine histologischen Untersuchungen des aus Elisabethpol mitgebrachten Materials ergaben den Befunden früherer Beobachter entsprechend das Bild der im Corium beginnenden entzündlichen

Zustände mit centralen Nekrosen, nur dafs man jetzt in der Lage ist, besser als früher gewisse Zelleinschlüsse und Degenerationsprodukte als ätiologische resp. parasitäre Elemente direkt zurückzuweisen. — Auf die näheren Details will ich nicht eingehen. Untersuchungen auf Mikrobien führten zu keinem Resultat. — Dr. Melis-Begliaroff teilte mir mit, dafs die Bevölkerung, welche die Wasserleitung benutzt, von der Erkrankung frei bleibt. — Die Beobachtung des Auftretens nach der Rückkehr aus den Tropen entspricht einer Inkubationszeit und ist im übrigen bekannt. In grofsem Mafsstabe wurden 1883 von Depret und Boinet bei einem von Tunis zurückkehrenden Infanterie-Bataillon in Sathonay nachträgliche Erkrankungen und Übertragungen auf Soldaten, die nie in Tunis gewesen waren, festgestellt. Auch Kaposi sah 1884 Familienmitglieder eines vom Euphrat zurückkehrenden Arztes nach $2^1/_2$ Monaten erkranken. *Autorreferat.*

Idioneurosen.

Über Badepruritus, von Henry W. Stelwagon-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 22. Okt. 1898.) Man versteht darunter ein Gefühl von Jucken oder Brennen, welches manche Leute unmittelbar nach dem Bade, mag dasselbe kalt oder warm sein, auf einige Minuten bis eine halbe Stunde oder noch länger in mehr oder weniger hohem Grade haben: zuweilen ist damit eine Urticaria ähnliche Röte, wie Referent beobachtet hat, über den ganzen Körper verbunden. Stelwagon wundert sich, dafs dieser Zustand in der dermatologischen Litteratur nirgends beschrieben ist, doch ist nach des Referenten Ansicht derselbe als leichte Hauterregbarkeit wohl kaum schon in das Gebiet der wirklichen Hauterkrankungen zu rechnen. Bezüglich der Ätiologie dieses Pruritus, welchen St. nicht sehr selten fand, gelang es ihm nicht, wirklich Stichhaltiges zu eruieren; langer Aufenthalt im Bade, ebenso wie sehr heifses oder sehr kaltes Wasser schienen den Zustand zu verschlimmern, obwohl das Wasser an sich die Ursache abgiebt; Leute mit sehr reizbarer Haut schienen mehr dazu disponiert, wie auch in einigen Fällen ein oder mehrere Anfälle von Urticaria vorhergegangen waren. Die affizierten Individuen sollen besonders solche mit nervösem Temperament, schwacher Verdauung u. s. w. sein. Die Behandlung dieses Leidens(?) ist im allgemeinen wenig aussichtsreich, das Badewasser sollte weder zu warm noch zu kalt, die angewandten Seifen milde sein und nur spärlich gebraucht werden, das Bad nur von kurzer Dauer, ferner konstitutionelle Fehler bekämpft werden, wie Stuhlverstopfung, Neurasthenie u. s. w. Von Medikamenten kämen Waschungen mit Glycerinlösung, Coldcream oder Lanolin mit oder ohne geringe Mengen von Karbolsäure oder Thymol, ferner Puderung und event. die innerlichen Mittel gegen Pruritus in Betracht. *Stern-München.*

Mifsbildungen.

Lineare unilaterale Ichthyosis, von Leslie Phillips. (*Brit. med. Journ.* 5. Febr. 1898.) Der Patient, ein junger Mann, ist seit seiner frühesten Kindheit mit der Affektion behaftet. Von derselben ist nur die linke Seite befallen. Am Stamm sind die Efflorescenzen in querer Richtung linear angeordnet, während sie an den Beinen longitudinal verlaufen. Nur an einer einzigen Stelle des Rumpfes überschreitet die Affektion die Mittellinie nach rechts. Verfasser bezeichnet den Fall als Naevus neuroticus oder neuropathische Papillomata. *C. Berliner-Aachen.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Äufsere Urethrotomie, von HAYDEN. (*Amer. Journ. of Med. Sciences.* Febr. 1899.) Verfasser empfiehlt einzelne kleine Modifikationen, die bei äufserer Urethrotomie eine völlige Ausheilung ohne Wiedereintreten der Verengerung ermöglichen. Zunächst kommt es darauf an, das kallöse Gewebe nicht nur an der Unterseite, sondern auch an der Oberseite der Harnröhre gründlichst mit dem Messer zu durchtrennen; bei einigermafsen vorsichtigem Operieren ist die Blutung nicht bedeutend; gleich nach der Operation soll man mit dem Zeigefinger die Pars prostatica bis zur Blase energisch dehnen und dann eine dicke Sonde durchführen. Dann wird die Blase mit einer dicken Röhre drainiert und eventuell mit Höllenstein oder Kalium-Permanganatlösung gespült. Die Drainage wird nach einigen Tagen entfernt; die Dammwunde mufs sehr sorgfältig offen gehalten werden, damit sie gut von innen heraus granuliert. Zur Nachbehandlung müssen dicke Sonden in kurzen Zwischenräumen eingeführt werden. Verfasser bringt einige Krankengeschichten. *F. Hahn-Bremen.*

Allgemeine Staphylokokkeninfektion urethralen Ursprungs, von RENDU. (*Rif. med.* 1899. No. 56.) Bei einem 26jährigen Manne hatte sich infolge einer Harnröhrenstriktur nach und nach eine vollständige Urinretention ausgebildet. Es wurde die Urethrotomia interna vorgenommen und ein Dauerkatheter eingelegt. Sofort verschlimmerte sich der Zustand des Patienten, die Temperatur stieg rapid auf 41 Grad, es traten heftige Delirien ein, Koma. In den folgenden Tagen bildeten sich an verschiedenen Körperstellen Abscesse, es kam zu hämorrhagischer Nephritis und Endokarditis. Im Eiter der Abscesse wurde der Staphylococcus aureus nachgewiesen. Heilung. *C. Müller-Genf.*

Diphtherie der Urethra, von W. H. GREGORY. (*Brit. med. Journ.* 17. Sept. 1898.) Ein 20jähriger junger Mann erkrankte an Nasen- und Rachendiphtherie. Gleichzeitig bemerkte Verfasser Diphtheriebelag auch auf der Schleimhaut der Harnröhrenmündung. Unter Injektionen mit Diphtherieheilserum verschwand der Belag ziemlich rasch und der Patient konnte wieder ohne Beschwerden urinieren. Er erfolgte nach kurzer Zeit vollständige Heilung. *C. Berliner-Aachen.*

Fälle von Blutung mit starker Ausdehnung der Harnblase bei Männern, von R. HARRISON. (*Lancet*, 25. Febr. 1899.) Der erste Fall betraf einen 37jährigen Patienten, bei dem wegen chronischer Striktur in Narkose Dilatationsversuche (Bougie No. 4) ohne besondere Schwierigkeiten oder Blutung ausgeführt worden waren. Am nächsten Tage Urinretention, Blase in Nabelhöhe; Katheter entleerte nur wenig Urin. In Narkose wurde die Harnröhre dilatiert, bis ein grofser Katheter eingeführt werden konnte, worauf mittelst Aspirators wie bei Steinzertrümmerung eine grofse Menge Blutgerinnsel entleert wurden. — Bei dem zweiten Fall, ein 72jähriger Mann mit Prostatahypertrophie, bei dem die Blasenblutung nicht auf Katheterisierung zurückzuführen war, mufsten die Blutgerinnsel erst mit dem Lithotrit zerkleinert werden, ehe sie aspiriert werden konnten. Bei einem dritten 47jährigen Patienten entstand nach Dilatierung einer tief gelegenen Striktur eine starke Blutung in die Blase und konnte erst nach Ausführung einer Sectio perinealis und Einführung eines starrwandigen Drainrohrs in die Blase gestillt werden. *Philippi-Itzehoe.*

Über die zufälligen Verletzungen der Harnblase im Verlaufe von Leistenbruchoperationen, von MORISANI-Genua. (*Giorn. intern. d. sc. med.* 1898. No. 23.) Aus den bisher beobachteten und beschriebenen Fällen geht hervor, dafs derartige,

sich selbst überlassene Verletzungen nicht nur zu keinen tödlichen Hämorrhagien führen, sondern auch spontan heilen können, entgegen dem alten Aphorismus, „cui persecta vesica, lethale.“ *C. Müller-Genf.*

Über die Resorptionskraft der Harnblase und die Wege, auf welchen diese Resorption zu stande kommt, von J. Janni. (*Rif. med.* 1899. No. 16—18.) Verfasser behauptet, gestützt auf seine klinischen und histologischen Untersuchungen, dafs den Blut- (und nicht den Lymph-) Gefäfsen wenn nicht die ausschliefsliche, so doch die Hauptrolle bei der Resorption infektöser oder neoplastischer Produkte aus der Harnblase zukomme. Die Lakunen und Zwischenräume im Bindegewebe der Blasenwand, durch deren Vermittelung die Verbreitung von malignen Neubildungen im Organismus stattfindet, hält er für dem Blut- und nicht dem Lymphgefäfssystem angehörend. In dem Fall, den er beschreibt, waren auch die umgrenzenden Lymphdrüsen intakt geblieben. *C. Müller-Genf.*

Eintröpfelungen und ihr Wert bei der Behandlung der Cystitis, von Warden. (*Edinburgh med. Journ.* Jan. 1899.) Verfasser, der unter dem Einflusse Guyons steht, hebt hervor, dafs man bei Cystitis mit innerer Behandlung weder die Blase desinfizieren, noch ihre beschränkte Ausdehnungsfähigkeit herstellen kann; dazu bedarf es örtlicher Mafsnahmen, die nach Guyon mittelst des von diesem angegebenen Instillationskatheters gemacht werden und besser wirken als Spülungen; sie sollen schmerzlindernd (Antipyrin, Guajakol, Kokain) oder antiseptisch wirken (Borsäure, Sublimat, Höllenstein). *F. Hahn-Bremen.*

Die Diagnose und Behandlung der häufigsten Blasenaffektionen bei Weibern mit der Kellyschen Methode, von Vineberg. (*New York med. Journ.* 7. Jan. 1899.) Die Kellysche Methode der Diagnostik und Behandlung der Blasenaffektionen ist eine einfache Art der Cystoskopie, deren Anwendung der Verfasser aufs dringendste empfiehlt. Die Methode hat nach Ansicht des Verfassers vor den in Deutschland üblichen Methoden so grofse Vorzüge, dafs es ihm unbegreiflich erscheint, „wie ein mit der Kellyschen Methode nur einigermafsen vertrauter Arzt seine Zeit mit der Beschreibung einer so komplizierten Methode vergeuden kann, wie es die Cystoskopie bei Weibern mit dem Nitzeschen oder Casperschen Instrument ist.“ Das Kellysche Cystoskop ist ein einfaches, leicht und vollständig sterilisierbares Instrument, dessen Gebrauch sehr leicht zu erlernen ist. Der Verfasser beschreibt es in der vorliegenden Arbeit nicht, „weil es allgemein bekannt ist.“ Indes ergiebt sich aus den praktischen Ratschlägen des Verfassers bezüglich der Technik ein deutliches Bild des Instruments. Nachdem der Urin durch einen Katheter entleert, die Blase mit Borsäurelösung ausgespült und Blase und Urethra kokainisiert worden ist, wird die Patientin in Knieellenbogenlage gebracht, ein Blasenspeculum eingeführt und der Obturator zurückgezogen. Gewaltsame Dilatation der Urethra ist selten nötig; nur bei älteren Frauen ist die Urethralmündung manchmal so verengt und unnachgiebig, dafs in die hintere Lippe des Orificiums Einschnitte gemacht werden müssen. Eine kleine an der Stirne befestigte elektrische Lampe, ein Argandscher Brenner oder eine entsprechend gestellte Kerze nebst einem Stirnreflektor liefert das nötige Licht. Die noch in der Blase befindliche Flüssigkeit wird nach Einführen des Speculums durch einen Saugapparat entfernt. Drehungen des Speculums nach verschiedenen Richtungen ermöglichen nun eine direkte Inspektion der ganzen Blasenschleimhaut. Direkt gegenüber dem Ende des Speculums erscheint beim Zurückziehen des Obturators stets ein kleiner roter Flecken; man mufs sich hüten, denselben für eine pathologische Erscheinung zu halten. Durch das Speculum hindurch kann ohne weiteres ein Medika-

ment auf die erkrankte Stelle appliziert, sowie ein Katheter zur Katheterisierung der Ureteren eingeführt werden. Nach Beendigung der Untersuchung bezw. Behandlung geht die Patientin, bevor das Cystoskop entfernt wird, langsam in die horizontale Lage über; dann entweicht die eingedrungene Luft durch das Instrument. Schädliche Folgen hat der Verfasser von dieser Art der Cystoskopie nie gesehen; nur leichter Tenesmus stellt sich gewöhnlich ein. — Die häufigste Blasenaffektion bei den Frauen ist ein Reizzustand der Blase, der sich in zahlreichen schmerzhaften Urinentleerungen äufsert. Die Kellysche Methode der direkten Inspektion hat gezeigt, dafs es sich in den weitaus meisten Fällen von „reizbarer Blase" um eine Hyperämie der Schleimhaut des Trigonum (daher Trigonitis) handelt. Diese Hyperämie stellt sich gewöhnlich in Form mehrerer kleiner roter Flecken dar; manchmal ist nur ein grofser Flecken vorhanden, der fast das ganze Trigonum einnimmt; in anderen Fällen sind nur die beiden Uretermündungen von geröteter Schleimhaut umsäumt. Der Urin ist dabei stets normal. Die Affektion tritt in Verbindung mit den verschiedensten Krankheiten des Beckens, aber auch ganz selbständig auf. Mehrmalige Applikation 5—10%iger Argentum nitricum-Lösung bringt fast immer Heilung; nach der ersten Applikation sind die Symptome gewöhnlich stärker als vorher. — An Frequenz zunächst steht der „reizbaren Blase" die katarrhalische Cystitis. Die direkte Inspektion hat gezeigt, dafs bei derselben nur selten die ganze Schleimhaut gleichmäfsig erkrankt ist. Gewöhnlich finden sich, zerstreut über die hintere Blasenwand und das Trigonum mehrere erkrankte Schleimhautpartien, die durch gesunde Schleimhaut getrennt sind; manchmal ist nur eine gröfsere Schleimhautpartie erkrankt. Geschwüre finden sich häufig; dieselben sind oberflächlicher als die tuberkulösen Geschwüre und haben keinen so dicken Belag wie diese. Die Lokalbehandlung der katarrhalischen Cystitis besteht ebenfalls in Applikation 5—10%iger Argentum nitricum-Lösung auf die erkrankten Stellen. — Der Schlufs der vorliegenden Arbeit handelt von der Tuberkulose der Blase. Für die Entscheidung der praktisch wichtigen Frage, ob primäre oder sekundäre Blasentuberkulose vorliegt, ist die direkte Inspektion von grofser Bedeutung. Bei sekundärer Infektion der Blase durch eine tuberkulöse Niere zeigen sich die Erscheinungen in der Blase zuerst in der Nähe der betreffenden Uretermündung. Deutliche Injektion der Schleimhaut rings um die Mündung eines Ureters bei sonst vollständig gesunder Mucosa deutet stets auf Tuberkulose der betreffenden Niere hin. In einem Falle von primärer Blasentuberkulose erzielte der Verfasser durch Applikation 5—40%iger Argentum nitricum-Lösung und 25%igen Ichthyolglycerins bedeutende Besserung. *Götz-München.*

Urotropin in der Kinderpraxis, von Heubner. (*Therapie d. Gegenw.* 1899. 2. Heft.) Der Verfasser hat in einer Reihe von schweren Blasenkatarrhen bei Kindern Urotropin angewendet und kann die Behauptungen, die Nicolaier über die Wirksamkeit des Urotropins aufstellte, auch für das Kindesalter bestätigen. In den Fällen von Cystitis, in denen der Urin sauer reagierte, hatte das Mittel keinen Einfluss auf das Leiden. Dagegen wurde in allen Fällen, in denen der frisch gelassene Urin alkalisch oder neutral reagierte, also ammoniakalische Harngährung bestand, durch Urotropin Heilung erzielt. Der Verfasser empfiehlt daher die Urotropinbehandlung nur für Blasenkatarrhe der letzteren Art. Die Darreichung des Mittels mufs, um Heilung zu erzielen, lange fortgesetzt werden; die krankhaften Erscheinungen verschwinden zwar schon nach kurzem Gebrauch, kehren aber alsbald wieder. Der Verfasser empfiehlt, das Mittel zunächst drei Wochen lang ohne Unterbrechung zu verabreichen; wenn dann nach Aussetzen der Medikation wieder Trübung des Urins etc. eintritt, noch einmal Urotropin, und zwar sechs Wochen lang zu geben; wenn nun

die Erscheinungen abermals wiederkehren, nochmalige noch längere Darreichung. Die Dosen betragen bei 4—10jährigen Kindern 0,6—2,0 pro die auf 3—4 Dosen verteilt. Ein nachteiliger Einfluſs auf Verdauung oder Nervensystem wurde nicht beobachtet. *Götz-München.*

Über das Ausdrücken der Harnblase, von Ripperger. (*New York. med. Monatsschr.* Jan. 1899.) Im Anschluſs an eine Schilderung des Muskel- und Nervenapparats der Blase und die verschiedenen Lähmungen, die ihn betreffen können, empfiehlt Verfasser bei mangelhafter Entleerung des Urins statt Katheterisation, die leicht Verletzungen macht und Keime in die Blase bringt, das von Heddaeus 1888 als ungefährlich empfohlene Verfahren des Ausdrückens der Blase; besonders leicht gelingt dies bei kombinierter Sphinkter- und Detrusorlähmung, weniger leicht bei isolierter Detrusorlähmung, da hier der reflektorische Sphinkterschluſs Widerstand leistet. Bei Fremdkörpern, Steinen, Strikturen etc. ist das Verfahren selbstredend nicht anwendbar. In der sich anschlieſsenden Diskussion (in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von New York) sprachen sich die meisten gegen die Methode aus; die einen fürchteten die Empfindlichkeit der Blase, konnten Cystitis doch nicht verhindern, andere fürchteten schädlichen Einfluſs auf die Nieren durch Rückstauung des Urins in die Ureteren, andere meinten, man könne die Blase durch Ausdrücken nicht vollständig entleeren etc. etc. *F. Hahn-Bremen.*

Beobachtungen über einen Fall von Divertikel der Harnblase, von G. A. Wright und W. Coates. (*Lancet.* 18. März 1899.) Ein 38jähriger Mann, der sich seit 11 Jahren wegen blennorrhoischer Striktur ohne irgend welche antiseptischen Vorsichtsmaſsregeln katheterisierte und mehrmals an hämorrhagischer Cystitis von verhältnismäſsig kurzer Dauer erkrankt gewesen war, wurde wegen zunehmender Urinbeschwerden und Fieber aufgenommen. Zwischen Nabel und Schambein fand sich ein nach der linken Inguinalgegend reichender Tumor von unregelmäſsiger Form. Der Urin war eitrig, hämorrhagisch, übelriechend. Nach einiger Behandlung mit internen Mitteln und Blasenausspülung wurde die Sectio alta ausgeführt. Dabei konstatierte man auf der rechten Seite eine Ausbuchtung, welche viermal so groſs war wie die Blase selbst, wahrscheinlich durch Verletzung der entzündeten Blasenwand mit dem Katheter entstanden. Nach wenigen Tagen Exitus letalis. An den Nieren fand sich auch eitrige Entzündung. *Philippi-Itzehoe.*

Eine neue Methode der Harnblasendrainage nach hohem Blasenschnitt zur Verhütung der Harninfiltration, von Carl Kaczkowski. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 11.) Die Gefahr der Harninfiltration nach Sectio alta suchte man zu bannen 1. durch exakte Blasennaht; 2. durch Erhöhung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen den infiltrierenden Harn; 3. durch Erleichterung des Abflusses des Harns; 4. durch Herabsetzung der toxischen Wirkungen des Harns. — Verfasser glaubt, daſs vollkommene Verhütung die kombinierte Anwendung mehrerer Methoden erheischt. Es soll die Blasenwunde geschlossen, die Blase entleert, eventuell auch irrigiert werden. Er giebt dazu einen Apparat an, bestehend aus einem Gummiballon und einem Bunsenschen Aspirator. Der Ballon besteht aus zwei Teilen, der eine kommt in die Blase, der zweite teils zwischen die Wundränder, teils auf die äuſseren Bauchdecken. Beide Teile verbindet ein schlanker Stiel. Der in die Blase kommende Teil hat aufgeblasen genau die Form derselben und drückt die Blasenwand gegen die Bauchwand, schlieſst das Cavum praevesicale Retzii. Durch ein durchgeführtes starres Rohr kann Flüssigkeit in die Blase eingeführt werden; der Inhalt der letzteren wird durch einen Aspirator aspiriert. Der Apparat schlieſst genau die

Blasenwunde, verhindert den Eintritt des Harns in die Wunde, nähert die Blasenwand den Bauchdecken, leitet den Harn ab und gestattet permanente Irrigation. Die Anwendung in einem Falle gab günstigen Erfolg. Bezugsquelle: Dr. Block in Bodenbach (Böhmen). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Blasentuberkulose etc., von J. J. Mc Grath. (*New York med. Journ.* 21. Jan. 1899.) Patient war ein 25jähriger, verheirateter Mann, der wegen Blasentenesmus und Hämaturie aufgenommen wurde. Untersuchung auf Bacillen und auf Steinbildung fiel negativ aus. Sectio alta. Die Blasenschleimhaut war hyperämisch und mit zahlreichen Tuberkeln dicht besetzt, am Blasengrund mehrere kleine Geschwüre. Es wurde die Blase drainiert und sechs Wochen lang täglich ausgespült. Zehn Monate p. o. war Patient offenbar gesund, der Urin klar. Verfasser bespricht das Wesen der Affektion eingehend vom klinischen und anatomischen Standpunkte aus. *Philippi-Itzehoe.*

Die Therapie der Blasentuberkulose. Sammelbericht über die Publikationen der Jahre 1896—1898, von L. Steindler. (*Wien. med. Blätt.* 1899. No. 9.) Ein chirurgisches Vorgehen, Curettement, Paquilinesieren mit oder ohne Sectio alta ist gegen Blasentuberkulose in den letzten Jahren vielfach empfohlen und mit Erfolg geübt, so von Motz und Camero (Guyonsche Schule), Strauss, Bauzet etc. Ätzung mit Milchsäure hat Cumston empfohlen, doppelte Eröffnung der Blase oberhalb der Symphyse und am Damm Bangs und Delagenière; letzterer hat auch die ganze Blasenschleimhaut exstirpiert. Dasselbe führte Greiffenhagen aus. Demgegenüber haben sich zahlreiche Stimmen für konservative Behandlung ausgesprochen, zumal viele Autoren annehmen, daſs die Blasentuberkulose meistens eine sekundäre ist. Man soll sogar mit der Einführung von Instrumenten in die Blase sehr sparsam sein. Goldberg sah gutes von der inneren Ichthyoldarreichung, Sublimat zu Einträufelungen wird viel verwendet (1 : 10000 bis 1 : 4000); jedesmal 1—6 g. Vereinzelt steht der Fall von Botsford und Ramont dar, der durch Injektion von Nukleinlösung in den Oberschenkel und interne Darreichung derselben geheilt wurde. Ramond hat von der Injektion sterilisierter Luft in die Blase gutes gesehen, wozu die Heilung der tuberkulösen Peritonitis durch Laparotomie die Anregung gab. Von der Serumtherapie sah van Horn in einem Falle schlechtes, während Schröder Besserung erzielte.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Blasenstein und Neurasthenie, von Loumeau. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1899. No. 2.) Der Verfasser entfernte bei einem 60jährigen mit leichter Arteriosklerose behafteten Neurastheniker einen Blasenstein durch Lithotripsie. Nach der Operation trat eine schwere allgemeine Depression ein. Die Temperatur stieg in den ersten acht Tagen trotz Anwendung kräftiger Excitantia und Tonica nicht über 36,3° bei einer Pulsfrequenz von 95 Schlägen. Dabei war der Kranke äuſserst niedergeschlagen, schwach und appetitlos. Der Urin enthielt wohl infolge der bestehenden Arteriosklerose während dieser acht Tage Blut, die Urinentleerungen waren sehr zahlreich. Nach acht Tagen stieg die Temperatur auf 37°, während die Pulszahl auf 72 Schläge herunterging, der Urin wurde frei von Blut; dagegen dauerte die geistige Depression noch mehr als zwei Wochen an. — Der Verfasser weist im Anschluſs an diesen Fall darauf hin, daſs bestehende Neurasthenie die Prognose eines chirurgischen Eingriffs ganz bedeutend verschlechtern, in manchen Fällen sogar eine Kontraindikation gegen einen solchen bilden kann. Jedenfalls muſs bei einem Neurastheniker jeder chirurgische Eingriff so einfach wie nur irgend möglich gestaltet werden. *Götz-München.*

Entfernung von 14 Harnsäuresteinen aus der Blase mit Hülfe eines improvisierten Colpeurynters, von T. S. Browne und F. Deane. (*Lancet.* 29. Apr. 1899.) Bei einem 52jährigen farbigen Manne mufste wegen ausgedehnter Blasensteinbildung die Sectio alta ausgeführt werden. Da wegen der grofsen Seltenheit von Blasenkonkrementen auf Barbados das dortige Hospital kein Colpeurynter besitzt, nahm man ein 9 Zoll langes Stück von dem inneren Schlauch eines Pneumaticreifens von einem Fahrrad, verband das eine Ende mit einem Hahn, verschlofs das andere Ende luftdicht und konnte nun die Blase, welche sonst nicht genug hervortrat, bequem emporheben. *Philippi-Itzehoe.*

Fremdkörper in der Blase von Männern, von J. P. zum Busch. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 14.) Zwei interessante Fälle: Ein Seemann hatte sich einen Bleistift in die Urethra gesteckt, der in die Blase glitt und schwere Erscheinungen machte. Entfernung vom Damm aus durch Sectio mediana. Bei der Operation fand man in der Dammgegend eine alte Narbe, die von einer Operation herrührte, die zur Entfernung einer Haarnadel früher ausgeführt war. Eine Narbe an der Stelle, wo man den hohen Blasenschnitt auaführt, erweckte den Verdacht, dafs auch letzterer beim Patienten gemacht war; Patient leugnete aber. — Ein 16jähriger Junge hatte sich einen Grashalm in die Blase eingeführt, der durch Sectio mediana vom Damm aus entfernt wurde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Knopflochstecher in der Harnblase eines 15jährigen Mädchens, von A. Hauč. (*Wien. med. Presse.* 1898. No. 15.) Weibliche Individuen führen die verschiedenartigsten Fremdkörper in ihr Genitale ein, und zwar gewöhnlich zum Zwecke der Masturbation oder behufs Bewerkstelligung eines Abortus. Das 15jährige Mädchen führte sich obengenannten Fremdkörper in die Blase ein, welcher 8 cm lang war, dessen Griff aus Elfenbein und die Fortsetzung aus einem zugespitzten Stahl bestand. Die subjektiven Beschwerden waren gering, der Harn etwas blutig tingiert und ammoniakalisch. Einige Tage nach Einführung des Instrumentes wurde dasselbe in der Narkose per urethram entfernt. Die Harnröhre wurde mittelst Simonscher Stifte bis auf No. 16 erweitert, sodafs der kleine Finger eingeführt werden konnte, mit welchem der Lückenbohrer aus seiner Lage befreit wurde, und mit einem stumpfen Haken extrahiert. Der Fall verlief vollkommen reaktionslos. *A. Alpár-Budapest.*

Ein Fall von überzähligem Testikel, von J. K. Tomory. (*Brit. med. Journ.* 15. Okt. 1898.) Ein 3½jähriges Kind zeigt seit einigen Wochen in der linken Leistengegend eine kleine Geschwulst, welche die Mutter als Bruch angesehen hat. Bei der ersten Untersuchung wurde über dem linken Leistenkanal, an dessen äufserem Leistenring, die Schwellung palpiert. Sie war freibeweglich, hart, von Testikelgestalt und gröfser als die beiden Testikel, welche das Kind in normaler Weise hatte. Durch eine entsprechende Manipulation konnte die Schwellung mit Leichtigkeit hin und her bewegt werden, schien weder an der Wand des Leistenkanals noch am Samenstrang angeheftet zu sein. Auf Druck war sie nicht empfindlich. Eine Verwechselung mit einer encystierten Hydrocele war im vorliegenden Falle ausgeschlossen.
C. Berliner-Aachen.

Ektopia testicularis inguinalis, von Duplay-Paris. (*Presse méd.* 4. Jan. 1899.) Verfasser berichtet einen Fall von inguinaler Hodenektopie bei einem 19jährigen, sonst ganz gesunden Manne, dessen Hodensack nur einen, den infantil gebliebenen linken Hoden enthielt, der gleichwohl normales Sexualleben zuliefs, während der rechte Hoden, für gewöhnlich in der Bauchhöhle verborgen, zu verschiedenen Malen,

zum ersten Mal im 13. Lebensjahr, später häufiger bei äufseren Anstrengungen unter den heftigsten Schmerzanfällen in den Leistenkanal herabtrat, wobei er sowohl für das Auge wie für den tastenden Finger deutlich erkenntlich wurde. Wir haben in dem Falle einen „flottierenden Testikel vor uns, der sowohl temporär intraabdominal bleiben als auch den Leistenkanal in seiner ganzen Länge durchlaufen kann. — Je nachdem der Hoden in seiner Wanderung nur ein Hemmnis gefunden oder aber einen falschen Weg sich gebahnt hat, unterscheiden sich zwei Formen von Ektopie prinzipiell. Bei der ersteren ist die mögliche Lagerung des herabsteigenden Hodens durch folgende Namen gekennzeichnet: Ektopia abdominalis, iliaca, inguinalis und inguino- oder cruro-scrotalis; bei der zweiten durch die Benennungen subabdominalis, cruralis oder perinealis (im Zellgewebe der Bauchwand, in der Leistenbeuge oder unter der Haut seitlich vor dem After). Die Ektopie ist meistens unilateral; bilaterale oder Kryptorchismus gehört zu den Seltenheiten. Diese Anomalien der Hodenwanderung fand Rennes unter 3600 ausgehobenen jungen Leuten 6mal, Marshall unter 10800 Soldaten 11 mal. Die Ektopia inguinalis kommt am häufigsten vor (67%). Bei der Ektopia inguinalis interna liegt der Hoden in der Höhe des inneren Leistenringes, bei der interstitialis im Kanal selbst, bei der externa mehr minder im oder aufserhalb des äufseren Ringes. Der von Duplay beschriebene Kranke zeigt abwechselnd alle drei Phasen. Die Differentialdiagnose mit Inguinalhernie ist oft nicht leicht. Häufig kommt diese daneben vor. Mit Rücksicht auf die wiederholten Schmerzanfälle von gröfster Heftigkeit und auf eventuelle sekundäre Erkrankungen des gezerrten und gedrückten Hodens schlägt Duplay die Kastration vor. Die Orchidopexie, d. h. die Befestigung des aller Adnexe befreiten und herabgezogenen Hodens im Scrotum giebt nur für jüngeres Alter gute Aussichten auf Heilung.

Hopf-Dresden.

Über maligne Hodengeschwülste und ihre Metastasen, von Most-Breslau. (*Virch. Archiv.* Bd. 154. Heft 1.) Most berichtet sehr ausführlich über sechs Fälle bösartiger Neubildungen des Hodens. Klinik und pathologische Anatomie werden gründlich behandelt. Es handelte sich um zwei Rundzellensarkome, ein Angiosarkom, ein hämangiotisches Endotheliom, ein Alveolarsarkom, ein Sarkom, dessen Zellstränge entsprechend den Lymphgefäfsen angeordnet waren. Die differentielle Diagnostik des Anatomen verweilt naturgemäfs bei der Frage, ob Carcinom, ob Sarkom. (Die Färbung des Protoplasma der Zellen findet für die richtige und schwierige Frage bei diesem Organ ein reiches Arbeitsfeld! Ref.) Als Hauptursache der Malignität der Hodentumoren, für welche die sechs Fälle ein redendes Zeugnis sind, bezeichnet M. einmal den schleichenden und symptomlosen Beginn, der die Operation zu spät machen läfst, den meist succulenten Gewebscharakter der Geschwulst, die reiche Versorgung des Organs mit Lymphgefäfsen, schliefslich die Thatsache, dafs die Geschwulstzellen rasch in die grofsen Lymphstämme und in die Blutbahn gelangen können. Zwischen Tumor und Ductus thoracicus sind nur die retroperitonealen Lymphdrüsen zu überwinden, deren Wehr, wie eigene Injektionsversuche den Autor gelehrt haben, nicht allzu widerstandsfähig ist. Findet eine thatsächliche Verlegung der Retroperitonealdrüsen statt, so wird der Ductus thoracicus erreicht, indem die gestaute Lymphe im Zufluſsgebiet mittelst retrograden Transports die Infektion von Leber, Nieren und Mesenterialdrüsen vorher veranlafst. Die operativen Ergebnisse waren bislang trostlos.

Ernst Delbanco-Hamburg.

In der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (ref. *Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 14) demonstrierte Mühsam zwei Präparate von **seltenen Hodentumoren**; der eine, von der Tunica vaginalis ausgehend, erwies sich als ein epi-

thelialer Tumor von adenomartigem Bau, der andere, von einem 13 Monate alten Knaben stammend, hatte teils adenomatöse, teils sarkomatöse Struktur.

F. Hahn-Bremen.

Radikalbehandlung der Hydrocele durch perineale Excision des gröfseren Teils des Sackes, von H. Milton. (*Lancet.* 25. Febr. 1899.) Nach gründlicher Entleerung des Mastdarms durch Purgieren und Klystieren und der nötigen Desinfektion wird in Steinschnittlage vom Assistenten die Hydrocele möglichst tief in den Damm hineingedrängt. Durch einen 2 bis 3 Zoll langen Schnitt wird der Tumor an der prominentesten Stelle incidiert, die Tunica vaginalis eröffnet, und während des Abfliefsens der Flüssigkeit die Wandung gefafst und vorgezogen. Bis auf die Strecke, wo dieselbe dem Hoden anliegt und noch etwa $^1/_2$ Zoll darüber hinaus trägt man sie mit der Schere ab, drainiert, vernäht und verbindet, wobei bis zur vollendeten Heilung der Hodensack möglichst hoch auf dem Schambein hinaufgezogen bleibt.

Philippi-Itzehoe.

Entzündung der Samenblasen und ihre Behandlung, von Youmans. (*St. Louis med. a. surg. Journ.* Jan. 1899.) Im Anschlufs an eine Beschreibung des anatomischen Baus der Geschlechtsorgane schildert Verfasser die Symptome der Samenblasenentzündung und empfiehlt zur Behandlung die Massage der Prostata und Samenblasen mittelst eines von ihm angegebenen Instruments. *F. Hahn-Bremen.*

Excision eines der Samenbläschen, von C. M. Moullin. (*Brit. med. Journ.* 5. Nov. 1898.) Ein 24jähriger, tuberkulös belasteter, aber kräftiger junger Mann, passionierter Reiter, der wiederholentlich Blennorrhoe durchgemacht hatte, erkrankte gelegentlich einer solchen im Sommer 1897 an einer akuten Prostatitis mit Retentio urinae. Unter der entsprechenden Behandlung besserten sich die Erscheinungen. Es blieben nur längere Zeit noch ziemlich intensive Schmerzen in der Perinealgegend und Vergröfserung der Prostata und Samenbläschen bestehen. Lokale Massage per rectum hatte Rückkehr der Prostata und eines Samenbläschens zur Norm zur Folge, nur das rechte Samenbläschen zeigte sich auf Druck und bei Samenentleerungen sehr empfindlich, blieb hypertrophiert und hart. Es wurde der perineale Steinschnitt gemacht, durch die Wunde die Prostata und die Samenbläschen aufgesucht, das rechte Samenbläschen vorsichtig von der Seite des Ductus ejaculatorius getrennt und von der Blase losgelöst. Die Operation verlief gut. Die Schmerzen sind ganz verschwunden. Verfasser hat dem Patienten dringend angeraten, bis auf weiteres das Reiten, die alkoholischen wie sexuellen Genüsse zu vermeiden.

C. Berliner-Aachen.

Über krankhafte Samenverluste, von M. Popper. (*Gyógyászat.* 1898. No. 36 bis 49.) Verfasser beschäftigt sich per longum et latum mit der Pathologie und Therapie der krankhaften Samenverluste, welche mit 30 bis ins kleinste Detail führenden Krankengeschichten illustriert werden. Mangel an Raum läfst es nicht zu, den mehr philosophierenden und hypothetischen reichlichen Ideengang und die therapeutischen Erfolge mit seiner Prostataelektrode ausführlich zu besprechen. Verfasser ist allerdings wegen seines Optimismus bezüglich der therapeutischen Erfolge zu beneiden. Wer sich für diese Arbeit interessiert, mufs sich eben mit Geduld fassen und das Original durchlesen, hier soll nur das Resumé folgen: 1. Die Schwäche des Sphinkter der Samenblase kann verursachen Schlafpollutionen, Spermatorrhoe, in Begleitung derselben rasche Ejakulation während des Coitus mit verringertem Wollustgefühl und Impotenz. 2. Die Schwäche des Sphinker der Samenblase wird durch Blennorrhoe und Excessus in venere verursacht, hauptsächlich im juvenilen Alter. 3. Die Onanie kann auch nur als Excessus in venere im jugendlichen Alter

aufgefaſst werden, in welchem die Prostata und in dieser der Sphinkter der Samenblase nicht genügend ausgebildet sind, indem derselbe die ihm aufoktroierte, nicht entsprechende Arbeit nicht leisten kann. 4. Die Neurasthenie, insofern dieselbe allgemeine Muskelschwäche hervorruft (Magen, Darm u. s. w.), kann auch den Sphinkter der Samenblase schwächen, dessen Schwäche dann Samenergüsse, Spermatorrhoe u. s. w. nach sich ziehen kann. 5. Die lokalen Veränderungen und die Neurasthenie haben keine gemeinschaftliche Berührungspunkte, die Übergangsverbindung zwischen denselben bildet die psychische Einwirkung. Wo dieselbe nicht vorhanden ist (bei leichtsinnigeren, mit lustigerem Temperament versehenen Individuen), entwickelt sich nicht die sexuelle Neurasthenie trotz der lokalen Veränderungen, hingegen bei ernsteren, grübelnden Individuen. 6. Während der Heilung gehen die hochgradigeren Symptome der Sphinkterschwäche der Samenblase allmählich in die minderen Schwächegrade über, bis sämtliche ausbleiben. 7. Auf die von der Centrale ausgehenden Pollutionen konnte er mit seiner Behandlungsmethode nicht einwirken. (Diese Arbeit ist auch deutsch in den *Wien. med. Blättern* 1899 erschienen.)

A. Alpár-Budapest.

In der Gesellschaft der Nerven- und Irrenärzte der Universität Kasan (ref. *Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 18) berichten Bormann und Mislavsky über die **Innervation der Prostata, speziell über ihre Sekretionsnerven**; der Hoden-Prostatareflex geht vom Sympathicus durch das Rückenmark zum Nervus erector; der Nervus hypogastricus enthält motorische, sensible und sekretorische Fasern, welche die Prostata versorgen; die Reflexachsen beider Nervenpaare (Erectores und Hypogastrici) sind verschieden und haben keine Beziehungen zueinander; der Nervus hypogastricus besitzt auſser seiner Reflexbahn durch das Mark noch ein anderes Reflexcentrum im Ganglion mesent. infer. Alle motorischen und vasomotorischen Fasern befinden sich in diesen beiden Nervenpaaren. Reizung des Nervi erectores ruft anfangs abundante Sekretion hervor, die bald versiegt; Reizung der Hypogastrici ruft eine wahre Sekretion hervor.

F. Hahn-Bremen.

Histologische Untersuchungen über die Atrophie der Prostata nach Kastration, Vasektomie und nach Injektion von sklerosierenden Substanzen in den Nebenhoden, von Athanasow. (*Rev. méd. de l'Est.* 15. Dez. 1898.) Verfasser hat an Tieren verschiedener Gattungen Experimente nach diesen Richtungen gemacht. Während mit der Vasektomie im ganzen sehr zweifelhafte Resultate erzielt wurden, hat er nach Injektionen von 10—20%igen Lösungen von Chlorzink in die Nebenhoden eine bedeutende Reduktion des gesunden Prostatagewebes konstatiert. Es war dann allerdings fraglich, ob bei der hypertrophierten menschlichen Prostata ein ähnlicher Erfolg erhofft werden könne. Er erwähnt zwei Fälle, wo dies in der That der Fall war. Die Methode ist absolut gefahrlos.

C. Müller-Genf.

Anatomische Untersuchungen über die Blasenatonie alter Leute, sowie über die sogenannte Hypertrophie der Prostata und einige Formen von Atrophie dieses Organs, von Ciechanowski. (*Przeglad Chir.* IV, 2.) Hypertrophie und Atrophie der Prostata sind verwandte Prozesse, die sich nicht durch die Natur, sondern nur durch die Ausbreitung und den Sitz der Läsionen unterscheiden. Gemeinsam ist beiden Zuständen die Proliferation des interstitiellen Bindegewebes. Sitzt dieselbe nahe dem Centrum der Prostata, nahe den Drüsengängen, so werden diese verlegt, verengt, was wiederum zu einer Erweiterung der an der Absonderung gehinderten peripheren Drüsen und zur Vergröſserung des Organs führt. Die Menge des neugebildeten Bindegewebes ist darum auch für die Stärke der Ver-

gröfserung nicht direkt maſsgebend. Sitzt aber der retraktive Prozeſs nahe der Prostataperipherie, so nimmt die Drüse an Volumen ab. Neben den erwähnten Veränderungen besteht in diesen Fällen noch eine durch die Involution der Drüsenschläuche hervorgerufene einfache Atrophie. Betreffen die krankhaften Prozesse Drüsenparenchym und Stützgewebe zugleich, so können hyper- und atrophische Stellen nebeneinander vorkommen. Als Hauptquelle aller dieser Affektionen ist die Blennorrhoe anzusehen. *Hopf-Dresden.*

Zur Behandlung der Ischurie infolge Prostatahypertrophie, von Ercole Crespi. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 6.) Verfasser giebt die Krankengeschichten von zehn nach Bottini mittelst glühenden Incisors operierten Patienten, die mit Prostatahypertrophie behaftet waren, zur Illustration der glänzenden Erfolge dieser vorzüglichen und ungefährlichen Operationsmethode. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kastration bei Prostatavergröſserung, von Robert Jones. (*Brit. med. Journ.* 5. Nov. 1898.) Der Verfasser beschreibt einige Fälle und zieht aus seinen Erfahrungen und experimentellen Untersuchungen folgende Schlüsse: 1. Die Prostata ist ein sexuelles Organ (analog dem Uterus). 2. Die Kastration bei Prostatahypertrophie ist von Atrophie der Prostata gefolgt. 3. Unilaterale Kastration ist oft von unilateraler Atrophie der Prostata gefolgt. 4. Nahezu in jedem Falle von Ligatur des Vas deferens beginnt eine schleichende Atrophie der Prostata. 5. Die Unterbindung des Samenstranges verursacht Atrophie der Prostata, aber gewöhnlich erst, wenn sie zuvor eine Desorganisation der Testikel zur Folge gehabt hat.

C. Berliner-Aachen.

Bemerkungen über den Wert der Bottinischen Operation in der Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie, von Willy Meyer-New York. (*New York. med. Monatsschr.* April 1899.) Verfasser hat bei 13 Kranken 15 mal die galvanokaustische Incision der vergröſserten Prostata nach Bottinis Angabe vorgenommen. Davon entfielen auf 53,8% Heilungen, 15,4% ausgesprochene Besserung, 7,7% Mortalität, jedoch infolge schon vorher bestehender Pyelonephritis, 7,7% Mortalität im Anschluſs an die Operation. Ein Patient starb 30 Stunden nach dem Eingriff an Sepsis. — Bezüglich der Operationstechnik giebt Verfasser eine Anzahl brauchbarer Winke. Um Blasensteine auszuschlieſsen, soll vorher stets cystoskopiert werden. Die Steinsondenuntersuchung genügt nicht. Meyer füllt die Blase zur Vornahme der Operation mit Wasser, hält eine Füllung mit Luft wegen Emboliegefahr für gefährlich, höchstens wäre einer Füllung nach Rose mit Kohlensäure näher zu treten. Das operierende Instrument muſs Weiſsglut zeigen und es ist Sorge für eine genügende Stromstärke der Batterie zu tragen. Man soll alle Fälle ohne Auswahl operieren, und zwar dann, wenn man sonst dem Kranken den Katheter in die Hand geben müſste. Dieses bedeutet für denselben die gröſste Gefahr. Frühes Operieren bedeutet gleichzeitig ein Herabsetzen unerfreulicher Komplikationen auf ein Minimum. Kontraindikationen sind schwere Nierenerkrankungen und allgemeine Schwäche. Recidive sind nach der Bottinischen Operation wohl kaum zu fürchten. *Hopf-Dresden.*

Die galvanokaustische Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie, von F. Kreissl-Chicago. (*Med. News.* 22. April 1899.)

Die Technik der Bottinischen Operation, von Ramon Guiteras. (*New York med. Journ.* 29. April 1899.) Die beiden Autoren drücken übereinstimmend ihr Erstaunen und Bedauern aus, daſs die Bottinische Operation noch so wenig Verbreitung gefunden habe; eine Zeit lang ganz in Vergessenheit geraten, seien ihr die wenigen

Anhänger, welche ihr zu Teil geworden, erst in jüngster Zeit nach den Veröffentlichungen von Freudenberg gewonnen worden. K. hebt hervor, daſs man Prostatahypertrophie, welche eine Krankheit für sich sei, nicht verwechseln dürfe mit Vergröſserung der Drüse, welche als Symptom bei Prostataödem, Kongestion bei alten Leuten und Hypersekretion, ferner bei chronischer Prostatitis und Tumoren der Drüse vorkomme; mit Ausnahme der letzteren wird jedoch selten Grund zu chirurgischem Eingreifen vorhanden sein. Ein von der sogenannten symptomatischen Vergröſserung der Drüse die senile Hypertrophie unterscheidendes wichtiges Merkmal soll die Verlängerung des hinteren Teiles der Harnröhre, bei letzterer fast konstant vorkommend, sein. G. giebt eine anatomische Beschreibung der normalen und pathologisch veränderten Prostata, der Symptome der Hypertrophie und der Untersuchungsmethoden und schlieſslich eine auſserordentlich eingehende Beschreibung der Operationen selbst, der Vorbereitungen hierzu und des notwendigen Instrumentariums mit sieben Abbildungen. Durch die oft langjährig bestehende Urinretention, daraus sich entwickelnde Cystitis (Residualharn beim Katheterismus), Hypertrophie und Dilatation der Blase, der Ureteren und sogar des Nierenbeckens, was zuweilen auch zu Pyelonephritis, Urämie und Tod führen kann, tritt eine allgemeine Schwäche des Patienten ein, welche einigermaſsen von der Operation gehoben werden sollte. Dazu rät G. Regulierung des Stuhlganges, warme Bäder, Schutz vor Erkältung, mäſsigen Genuſs von Speisen und reichlichen von Wasser, innerliche Mittel, wie Benzoate, Salicylate, Eucalyptus, Urotropin als sog. Urinantiseptica; lokale Entleerung der Blase zweimal täglich und darauffolgende Auswaschung derselben mit Bor- oder Argentum nitricum-Lösung u. a. mehr. Da Referent erst vor kurzem über die Arbeit Freudenbergs, der wohl den Hauptanteil an der endlichen Anerkennung der Bottinischen Operation hat, berichtet hat (siehe *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 27, S. 200), so kann bezüglich der Einzelheiten auf diese sowie die vorliegenden Arbeiten verwiesen werden. Die Blase muſs vor der Operation ausgewaschen werden, bis der Urin klar abläuft, dann läſst G. eine 4%ige Eucainlösung in den Blasenhals und in die Urethra mittelst der gewöhnlichen Injektionsspritze injizieren; K. gebraucht ebenfalls nur lokale Anästhesie, aber mit Kokain. In zwei Fällen hat letzterer 10%ige Antipyrinlösung statt Kokain mit gutem Erfolge angewandt, und zwar weil bei den im Trigonum cystoskopisch festgestellten Geschwüren die Resorptions- und Vergiftungsgefahr mit Kokain eine sehr groſse gewesen wäre. Während G. ebenso wie Freudenberg bei (mit Borlösung) gefüllter Blase operiert, hält dies K. nicht für nötig, da dies bloſs den Gebrauch einer gröſseren Batterie erheischt; sollte man es für sicherer halten, bei ausgedehnter Blase zu operieren, so kann man Luft in dieselbe einblasen. Die ganze Operation dauert 2—5 Minuten, der Nachschmerz ist gering, wenn überhaupt vorhanden, die Patienten klagen zuweilen in den ersten 24—48 Stunden über leichtes Brennen beim Urinieren. G. und K. halten es im allgemeinen bei der Nachbehandlung für das beste, den Katheter auf ein paar Tage liegen zu lassen, auſserdem event. Harnantiseptica (Urotropin) und lokale antispasmodische und diluierende Mittel. Aus seiner Reihe von operierten Fällen beschreibt K. fünf näher, welche Patienten im Alter von 52—74 Jahren betrafen und das typische Bild der Prostatahypertrophie zeigten; in einem der Fälle war der obere Blasenschnitt wegen Blasenstein kurz vorher gemacht worden. Als Vorteile hat die Bottinische Operation vor anderen Methoden, wie Drainage vom Perineum aus, hohem Blasenschnitt, vor allem die viel geringere Gefahr und den Umstand voraus, daſs normale oder nahezu normale Verhältnisse zur Passage des Urins wieder geschaffen werden. Die Prostatektomie ist nur bei gestielten Lappen angezeigt und gefährlich, weil sie allgemeine Anästhesie erheischt und den Patienten für viele Tage und Wochen ans Bett fesselt. Erst bei Fehlschlagen der Bottinischen

Operation, des mildesten und stets zuerst vorzunehmenden chirurgischen Eingriffs, käme Kastration oder Prostatektomie in Betracht. *Stern-München.*

Elektrolyse per rectum der hypertrophierten Prostata, von Debédat. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1899. No. 4.) Verfasser empfiehlt bei dieser Gelegenheit ein neues Instrument, welches aus zwei nach Art einer Doppelflinte aneinander liegenden isolierenden Röhren aus Ebonit besteht, die auf dem Zeigefinger fixiert werden. Durch die Röhren wird je eine Nadel gestofsen, von denen die eine mit dem negativen, die andere mit dem positiven Pole einer Batterie in Verbindung gebracht wird. Zunächst wird nun der Apparat unter dem leitenden Finger per rectum bis in die Gegend der Prostata eingeführt, sodann die Nadeln durch die Röhren gestofsen und schliefslich der Strom durchgeleitet, der allmählich eine Stärke von 50 Milliampère erreichen kann. *C. Müller-Genf.*

Verschiedenes.

Die Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten, von M. Chotzen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 23 u. 24.) Die durch ministeriellen Erlafs wieder eingeschärfte Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten besteht zu vollem Rechte; der Arzt kann sich nicht hinter seiner Pflicht, das Berufsgeheimnis bewahren zu müssen, verstecken; denn die Mitteilung von Privatgeheimnissen ist nicht mehr unbefugt, wenn eine gesetzliche Vorschrift zu ihrer Offenbarung zwingt. Verfasser hält auch im allgemeinen den ministeriellen Erlafs für ganz gerechtfertigt, soweit es sich um ansteckende Krankheiten handelt und die Meldung im Interesse des Kranken oder des Gemeinwesens liegt, wenn es sich um Civilpersonen handelt. Nicht berechtigt sei der Arzt, Folgezustände geschlechtlicher Erkrankungen, die nicht mehr infektiös sind, zu melden. Bei Soldaten giebt Ch. dem Gesetzgeber recht, der die bedingungslose Meldung erkrankter Soldaten verlangt. Im übrigen empfiehlt Ch. den Krankenkassen, durch Vorträge etc. für Aufklärung der Erkrankten zu sorgen und so der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten entgegenzuwirken. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Rencontre mit dem Naturheiligen Canitz, von Echtermeyer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 25.) Der p. p. Canitz hatte in einer von ihm einberufenen Volksversammlung allerlei Unfug über „Unterdrückung" des Trippers durch medikamentöse Behandlung, über Quecksilbersiechtum durch Behandlung der Syphilis, über Onanie etc. etc. geredet. Als Verfasser sich zum Worte in der Diskussion meldete, wurde er von dem Naturheilkundigen thätlich angegriffen und mufste sich wehren; das Wort wurde ihm aber nicht erteilt. Verfasser knüpft an dies Vorkommnis beachtenswerte Winke zur Bekämpfung des Kurpfuschertums. *F. Hahn-Bremen.*

Berichtigung. Im letzten Heft, Seite 217, ist richtig zu lesen: Zeile 12 v. u. Pleuritis (statt Neuritis), Zeile 6 v. u. schwach färbbare (statt schwarz).

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

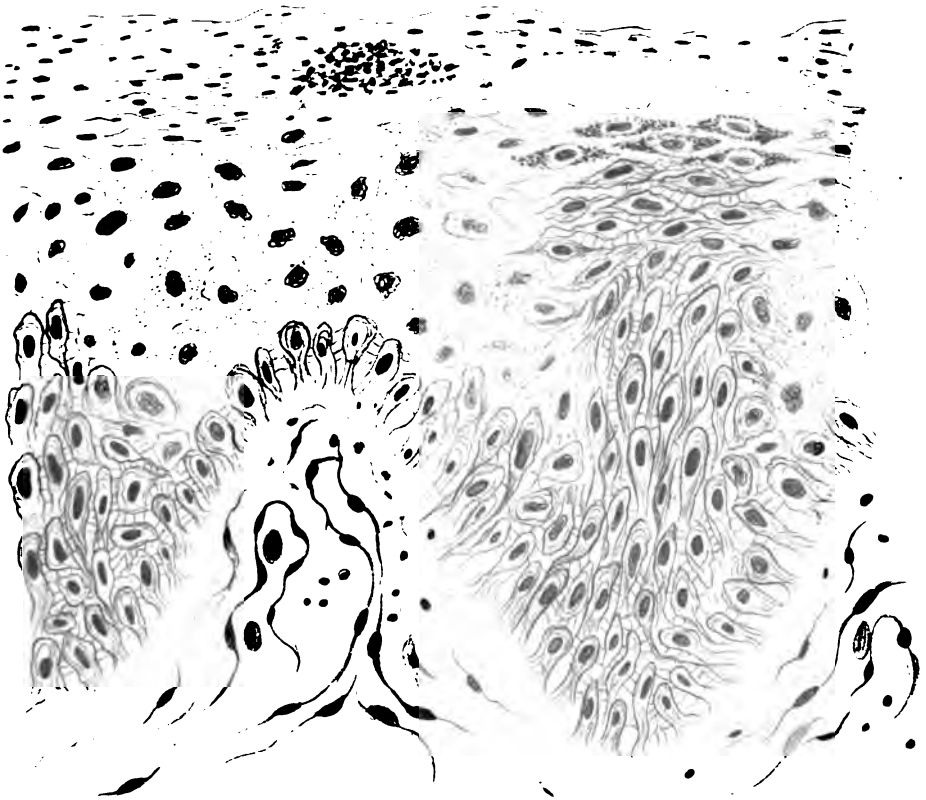


Fig. 2.

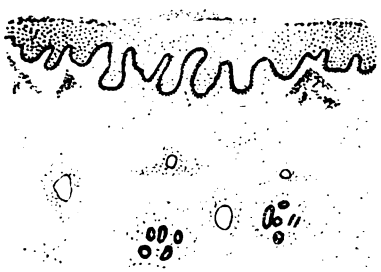
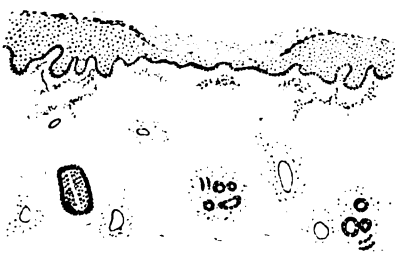


Fig. 3.



Bosellini.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 7. 1. Oktober 1899.

Aus der dermosyphilopathischen Klinik der k. Universität zu Bologna, geleitet von Prof. D. Majocchi.

Über den psoriatischen Prozefs.

Histologisch-pathogenetischer Beitrag.

Von

Dr. P. Bosellini, Assistent.

(Mit Tafel VIII.)

In seinem klassischen Werke behauptete F. Hebra (1), dafs sich die Psoriasis in klinischer und anatomischer Beziehung darstelle als „eine übermäfsige Bildung, Reproduktion und Vereinigung von Epidermiszellen an umschriebenen Punkten, über Blutansammlungen im Papillarkörper.“ Dabei mufste er zu seinem höchsten Bedauern konstatieren, dafs ihm seine Untersuchungen keine befriedigernden Resultate geliefert hatten, als vor ihm schon Rokitansky (2) und Simon (3) erzielten.

Er fühlte vollständig die ganze Leere dieser Behauptung, welche zwar unbedingten klinischen und anatomischen Thatsachen entsprach, aber uns in keiner Weise über das Wesen der Dermatose aufklärte.

Gleichsam zu seiner Rechtfertigung fügte er bei, dafs ihm zu seinen Forschungen nur Leichenmaterial zur Verfügung gestanden hätte.

Bald darauf kam aber der medizinischen Wissenschaft und speziell der Dermatologie die Biopsie zu Hülfe und von diesem Momente an wurden über diese Affektion eine Unmenge von Untersuchungen angestellt, so zwar, dafs kein Organ, kein Gewebe oder anatomisches Element der Haut bei Seite gelassen wurde und ein jedes für sich den Grund zu den verschiedensten Theorien abgab, welche dahin zielten, die Entwickelung der Psoriasis in allen ihren Einzelheiten zu beleuchten.

Aus der endlosen Reihe dieser Arbeiten will ich nur diejenigen anführen von Löwe (4), Piffard (5), Auspitz (6), welche den Sitz des Prozesses in das Stratum granulosum und lucidum verlegen. Pecirka (7), Robinson (8), Jamieson (9), Josh (10), Duhring (11) halten das Stratum

mucosum Malpighii für den primären Sitz der Dermatose. KAPOSI (12), THIN (13), VIDAL (14), LELOIR (15), GIOVANNINI (16), SCHULTZ (17), HARDY (18) lieferten wertvolle Beiträge zur Lösung der zahllosen Fragen, die sich stets anhäuften.

Zu den neueren Arbeiten auf diesem Gebiete gehören diejenigen von RIES (19), KROMAYER (20), CAMPANA (21), SCHULTZ (22), KUZNITZKY (23); diese Autoren nähern sich schon der Lösung der pathogenetischen Frage, obwohl sie zum Teil von verschiedenen Grundsätzen ausgehen.

In klinischer Beziehung ist also die Dermatose in allen ihren Form- und Verlaufsvarietäten bekannt und auch in anatomischer Richtung mit unzähligen morphologischen Details beschrieben worden. Faſst man alles zusammen, was hierüber geschrieben worden, so sehen wir, daſs sich Epithellamellen auf der Hautoberfläche ansammeln, anstatt sich allmählich von derselben loszulösen, daſs diese Lamellen einen Kern besitzen, der durch die künstliche Verdauung bis zu einem gewissen Grade aufgelöst wird, daſs das Stratum lucidum und granulosum an Dicke zu- oder abnimmt, daſs die Schleimschicht stärker entwickelt ist, daſs sich Wanderzellen in den Zwischenstachelräumen anhäufen bis zur Bildung von Abscessen, daſs die Papillen ebenfalls vergröſsert sind, viele Leukocyten und Blut enthalten. Dagegen wissen wir immer noch nicht, in welcher physiopathologischen Reihenfolge sich alle diese Prozesse abspielen.

Die Psoriasis bleibt somit immer noch eine von AUSPITZ sogenannte paratypische Keratose (24), deren kausales Element und deren Entwickelungsweise in anatomischer Beziehung unbekannt ist.

Ebenso wissen wir nichts Sicheres über die morphologische Entwickelung der normalen Verhornung, worüber die Autoren nicht einig sind. Wie UNNA (25) auf dem dritten dermatologischen Kongresse in London richtig bemerkt hat, kann eine Aufklärung über den normalen und pathologischen Prozeſs der Keratose nur auf dem dreifachen Wege der Klinik, der Mikroskopie und der Chemie erzielt werden.

Unter der Leitung von Prof. MAJOCCHI habe ich sehr genaue Untersuchungen der Cutis und Epidermis von psoriatischer Haut gemacht und diese mit normaler verglichen sowie auch mit solcher nach spontaner oder unter Anwendung von Keratolytica erfolgter Abheilung des psoriatischen Prozesses. Die erzielten Resultate können einerseits als ein Beitrag zur Beschreibung dieser typischen Parakeratose in Bezug auf gewisse rein morphologische Gesichtspunkte dienen und andererseits gestatteten sie mir die Entwickelung und die Involution der Dermatose zu verfolgen, wobei ich zu ähnlichen Schluſsfolgerungen gelangte wie KUZNITZKY.

Bei der histologischen Untersuchung der Epidermis wandte ich mein Augenmerk hauptsächlich auf die intime Struktur der Epithelzelle, jene fibrilläre Struktur des Protoplasmas, womit sich eine ganze Anzahl italieni-

scher und ausländischer Forscher einläfslich beschäftigt haben. Diese Frage behandelnd hatte unter anderen auch KROMAYER (26) sich dahin ausgesprochen: „Ich spreche die Hoffnung aus, dafs dadurch Erkrankungen des Protoplasmas früher und sicherer erkannt werden, als es vorher möglich war."

In der Cutis studierte ich die Gefäfse und Infiltrationselemente.

Meine Präparate rühren von sechs verschiedenen Patienten her; sämtliche wurden in unserer Klinik behandelt und die Diagnosen von Prof. MAJOCCHI kontrolliert.

1. Fall. F. E., 19 Jahre alt, Schneiderin aus Bologna. Keine hereditäre Beanlagung. Gesunde, kräftige Konstitution. Die Affektion hat vor einigen Monaten an den Ellenbogen angefangen und sich von da über andere Körperstellen, Beine, Rücken etc. ausgebreitet. Auf dem Rücken befinden sich linsen- bis münzengrofse Plaques, die mit festanhaftenden, silberglänzenden Schuppen bedeckt sind. Ähnliche Efflorescenzen sind auf den Gliedmafsen zu sehen.

Diagnose: Psoriasis vulgaris, punctata, guttata, nummularis.

Es wird ein Stückchen Haut aus der Streckseite des rechten Vorderarmes exstirpiert und in absolutem Alkohol fixiert. Nach 14 Tagen wird aus demselben Vorderarm ein linsenförmiges Hautstück entfernt, wo sich inzwischen, nach Anwendung von Chrysarobin, eine typische Reaktion (Erythem) ausgebildet hatte, in Gestalt einer von einem hyperämischen Hofe umgebenen pigmentlosen Stelle.

2. Fall. L. M., 17 Jahre alt, Näherin aus Bologna. Es handelt sich um ein Recidiv nach einem sechsjährigen, vollständig eruptionsfreien Zwischenraume. Die Dermatose ist über den ganzen Rumpf und die Gliedmafsen ausgebreitet. Die Gestalt der Efflorescenzen ist fast durchwegs lichenoid, d. h. die Eruption zeigt sich in Gestalt von miliaren, selten bis linsengrofsen, zugespitzten, mit silberweifsen, fest adhärierenden, papelartigen Erhabenheiten. Nur auf dem rechten Knie befinden sich zwei ringförmige Efflorescenzen.

Diagnose: Lichenförmige Psoriasis.

Es wird aus dem rechten Vorderarm eine der beschriebenen kleinen Plaques entfernt. 14 Tage nach Beginn der Chrysarobinbehandlung wird an der symmetrisch gelegenen Stelle des linken Vorderarmes ebenfalls ein Hautstückchen abgetragen; beide Präparate werden in FLEMMINGscher Lösung fixiert.

3. Fall. G. A., 28 Jahre alt, Lastträger aus Bologna. Keine hereditäre Anhaltspunkte; kräftige Konstitution. Die ersten Erscheinungen der Affektion lassen sich auf einen Monat zurückführen und sind zuerst auf dem rechten Vorderarm aufgetreten. Gegenwärtig sind die Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten und der Rücken befallen.

Die Schuppen sind fest anhaftend; die Form der Efflorescenzen punktolentikulär bis nummulär. Diagnose: Psoriasis verrucosa.

Eine papelartige Erhabenheit aus dem rechten Vorderarm wird zum Teil in absolutem Alkohol, zum Teil in FLEMMINGscher Lösung fixiert. Dasselbe geschieht mit einem anderen Stücke aus einer symmetrischen Stelle des anderen Armes nach Anwendung der Chrysarobinkur.

4. Fall. M. E., 30 Jahre alt, Haushälterin von Crevalcore; befindet sich im fünften Monat ihrer Schwangerschaft. Die Affektion dauert angeblich seit Beginn derselben und soll an den Vorderarmen angefangen haben, von wo sie sich über andere Regionen ausgebreitet hat. Jetzt ist sie beinahe allgemein geworden in Gestalt

von papelartigen Erhabenheiten von verschiedener Gröfse, die mit scherbenartigen Schuppenlagen bedeckt sind.

Diagnose: Psoriasis rupioides Anderson.

Eine linsenförmige frische Efflorescenz wurde aus dem rechten Vorderarme excidiert. Leider war es nicht möglich, weitere Stücke nach der Behandlung zu entfernen.

5. Fall. F. V., 46 Jahre alt, Tagelöhner aus Bagnacavallo. Kräftig; seit ca. einem Jahre krank; Anfang der Dermatose auf der Kopfhaut. Gegenwärtig sind aufser dem Haarboden die Extremitäten in der Umgebung der Gelenke befallen, wo stark schuppige linsen- bis münzenförmige Plaques zu sehen sind.

Diagnose: Psoriasis vulgaris.

Die beiden aus den Beinen vor und nach der Behandlung exstirpierten Hautstücke werden in absolutem Alkohol und Flemmingscher Lösung fixiert.

6. Fall. M. L., 22 Jahre alt, Haushälterin aus Bologna. Gesund; Dermatose vor drei Monaten begonnen. Auf beiden Armen sind linsen- bis münzengrofse, schuppige Plaques vorhanden, von denen an den Beinen einige im Centrum fast vollständig abgeheilt sind, wo sie weifslich, glatt und atrophisch aussehen, während die Peripherie stärker pigmentiert ist.

Diagnose: Psoriasis vulgaris mit Neigung zur spontanen Abheilung.

Excision zweier Hautstückchen aus dem rechten Beine vor der Behandlung.

In dieser geringen Anzahl von Fällen sind die drei Varietäten der Psoriasis vertreten: die vulgaris, die lichenoides und die rupioides. Zur Untersuchung wurden durchwegs frische Plaques aus homologen Stellen, wenigstens bei demselben Patienten, gewählt. Ich hielt es nicht für nötig ganz junge, kleinste Efflorescenzen zu untersuchen, da der psoriatische Prozefs während seines ganzen Verlaufes derselbe bleibt; unter allen Umständen breitet sich die Dermatose in excentrischer Weise auf die umgrenzenden gesunden Hautpartien aus. Bei der Behandlung wurden die Chrysophansäure und das Chrysarobin benutzt; im vierten Falle kam ausnahmsweise das Gallaktophenon zur Anwendung; leider aber konnte hier nach der Behandlung die Biopsie wegen entschiedener Weigerung des Patienten nicht stattfinden.

Bei der Beschreibung bin ich in folgender Weise verfahren:

1. Psoriatische und benachbarte gesunde Haut.
2. Psoriatische Haut mit gesunder Umgebung nach der Behandlung.
3. Psoriatische Haut nach spontaner Abheilung.

Der gemeinschaftliche Befund bei den ersten fünf Fällen ist folgender:

Hypoderma. Es existieren Infiltrationsherde in der Umgebung der Hautdrüsen und Follikel. Diese Herde bestehen aus wenigen Leukocyten mit zahlreichen Mastzellen, welche bei Anwendung der Unnaschen Methode mit dem polychromen Blau sehr schön in violettroter Farbe und mit langen Verästelungen hervortreten, die sich längs den Ausführungsgängen der Knäueldrüsen ausbreiten. Eigentümlich ist, dafs diese violettrote Farbe öfters in diffuser Weise in der ganzen Umgebung des Drüsen-

kanals zu sehen ist, was sich wahrscheinlich auf das Vorhandensein eines periglandulären Transsudates zurückführen läfst.

Derma. Die wichtigsten Veränderungen sind an den dem subpapillären Netze entsprechenden Stellen zu konstatieren, wo in der Umgebung der dilatierten Gefäfse eine Infiltration von einkernigen Elementen und Mastzellen vorhanden ist. Nirgends läfst sich eine Verdickung der Wandungen nachweisen.

Die Endothelien, denen so grofse Wichtigkeit zugeschrieben wurde und deren Studium CAMPANA auf dem letzten jährlichen Kongresse in Turin empfohlen, weisen keine Zeichen von Vervielfältigung auf, obwohl ein gewisser Grad von Verdickung und Hervorragen in das Lumen des Gefäfses unverkennbar ist. Die letztere Erscheinung ist konstant, soviel ich mich in meinen Präparaten (Fixation in FLEMMINGscher Lösung und Färbung mit Safranin nach der Methode von MARTINOTTI) überzeugen konnte. Diese Methode zeigt nämlich sehr deutlich die Karyokinesen der Gefäfsendothelien, wie ich in einem Falle von Eccema rubrum konstatieren konnte (22).

Dieses Fehlen von Karyokinese dürfte vielleicht dazu beitragen, ein gewisses Licht auf die Ätiologie des Prozesses zu werfen, insofern es uns die Annahme eines Reizes der Gefäfswandungen durch toxische Substanzen ausschliefsen läfst.

Interessanter sind die Veränderungen des Papillarkörpers.

Die beschriebene kleinzellige Infiltration ist mehr scheinbar denn reell. Behandelt man nämlich die Schnitte mit sauren Farbstoffen, speziell mit solchen, die Gerbsäure enthalten, so sieht man, dafs die zelligen Elemente der Papillen nichts anderes denn Platten-Flügelzellen in einem Zustande von Hypertrophie sind; das Protoplasma mit seinen Ausläufern ist nämlich verdickt. Kernveränderungen, die wie Karyokinesen aussehen, oder andere Kernteilungen, wie man sie sehr deutlich in den Bindegewebszellen der Granulome sieht, sind nirgends vorhanden.

Ebenfalls vergröfsert sind die Endothelien der papillären Gefäfsschlingen; auch da giebt es keine Mitosen.

Diese Elemente liegen in einem sehr feinen fibrillären Netze, das aus dünnen, lichtbrechenden Fasern besteht, die Räume oder Lakunen einschliefsen, worin sich öfters Elemente von nukleärer Karyolyse oder Fibrinkörner befinden, besonders in der der Basalschicht des Rete Malpighii zunächst gelegenen Zone.

Dieser ödematöse Zustand des Papillarkörpers erscheint als eine helle Fläche, die sich unter der Psoriasisplaque ausbreitet. Diesem ödematösen Zustande ist ohne Zweifel das stärkere Hervortreten der Bindegewebszellen und ihrer Fortsätze zuzuschreiben.

Dieses Ödem und das Fehlen von Mykosen finde ich bei keinem anderen Autor angeführt, weshalb ich speziell darauf hinweise.

Sklerotische Prozesse im Bindegewebe, deren Vorkommen auch von anderen Autoren, z. B. MANTEGAZZA, in Abrede gestellt worden sind, habe ich auch in meinem dritten Falle, wo sie am ehesten zu erwarten waren, keine angetroffen.

Mono- und multinukleäre Leukocyten finden sich nicht konstant und regelmäfsig im ganzen Papillarkörper vor, aber hier und da in den Papillen besonders in der Nähe der Spitze, der auch eine Invasion in den Retezapfen entspricht. Diese Diapedesen scheinen zu gewissen Zeiten zu entstehen, was sich aus dem Umstande nachweisen läfst, dafs die Leukocyten in der Schleimhautschicht in Nestern angeordnet sind, welche von ebenso vielen Epidermisschichten getrennt werden. Die Volumszunahme der Papillen steht vor allem in Beziehung zur ödematösen Aufquellung.

Das elastische Gewebe in den perivasalen Infiltrationsherden ist aufgelockert und zerstört. In der Papillarschicht, wo das Ödem lokalisiert ist, bestehen keine bedeutenden Veränderungen; dagegen besteht wenig Zusammenhang in den Infiltrationsherden.

Epidermis. Dies ist, wie bereits gesagt, der Teil, mit dessen Untersuchung ich mich besonders abgegeben habe, da sie den Hauptsitz der Krankheit bildet.

Wenn einerseits, wie dies alle übereinstimmend annehmen, die Retezapfen beträchtlich hypertrophiert sind, so ist andererseits die suprapapilläre Schicht des Rete Malpighii sehr verdünnt und an gewissen Punkten, zumal in einem vorgeschritteneren Stadium der Affektion, bis auf zwei oder drei Zellenreihen reduziert, unter denen sich unmittelbar die Papillarschlingen befinden. Daher rührt das rötliche Aussehen der Plaques und das leichte Bluten beim Abkratzen der Schuppen.

Die meisten Veränderungen kommen gerade im Gebiete dieses suprapapillären Teiles zu stande, was schon bei schwacher Vergröfserung sichtbar ist. Die Läsionen erscheinen auch nicht in den Plaques kontinuierlich, sondern verteilen sich in Form von Herden, welche den Papillenspitzen entsprechen. In diesen Herden läfst sich ein Punkt höchster Intensität des Prozesses erkennen, um welchen herum die Veränderungen allmählich abnehmen; über den Retezapfen und speziell dem centralen Teile derselben sind die Epithelzellen meist normal.

Auf die näheren Details komme ich gleich zu sprechen.

In der Basalschicht sind die Zellen frei von Pigment oder enthalten deren nur weniges, welches da und dort frei in der papillären Cutis herumliegt. In dieser Beziehung ist der Kontrast mit der umgebenden gesunden Haut beträchtlich, da hier die Zellen mit Pigment überladen sind. Wie konstant dieses Fehlen des Pigments in den den Papillenspitzen zunächst gelegenen Basalzellen ist, um so weniger beständig ist es in den seitlichen Partien der Retezapfen und speziell in deren Spitzen.

Mit dem Pigmentmangel gehen andere Veränderungen Hand in Hand und vor allem eine Störung in der Anordnung der Basalzellen, welche mit ihrer Hauptachse nicht mehr in normaler Weise der Papille anliegen, sondern sich mehr oder weniger senkrecht zu derselben stellen; dies bezieht sich natürlich immer auf die suprapapillären Zellen der Basalschicht. Die Zwischenstachelräume sind bedeutend erweitert, die Stacheln zerrissen. Dieser Lageveränderung der Basalzellen entspricht auch eine solche der Zellen in den Retezapfen, welche sich ebenfalls horizontal stellen. Man erhält den Eindruck, als habe eine Strömung in den Papillen, welche nach der Spitze zu immer stärker wird, die normale Lagerung der Epithelien aus dem Gleichgewichte gebracht. Diese Veränderung nimmt gegen die Basis der Zapfen immer mehr ab.

Welches ist nun die Beschaffenheit dieser Basalzellen?

Die Autoren haben im allgemeinen von Aufquellung gesprochen, von hydropischer Entartung, von Vakuolisation der Epithelien; ich für meinen Teil neige eher zur Ansicht, dafs diese perinukleären und nukleären Höhlen vielmehr Kunstprodukte und auf schlechte Fixation in stark und rasch koagulierenden Flüssigkeiten zurückzuführen sind. Als Stütze dieser letzteren Meinung mag der Umstand angeführt werden, dafs diese Vakuolen besonders in der Nähe der Schnittfläche der Präparate vorkommen, wo die Flüssigkeiten besser einwirken konnten als in den centralen Partien, auch dort, wo man naturgemäfs die schwersten Läsionen zu erwarten gehabt hätte.

Bekanntlich wurde schon längst von Ranvier (30—31), Cajal (32), Unna (33—34), Bizzozzero (35—36), Blaschko (37) in der Zelle des Rete Malpighii eine gestreifte oder fibrilläre Struktur des Protoplasmas beschrieben. Genauere Mitteilungen über diese Fasern finden wir bei Herxheimer (38), welcher im Jahre 1889 auf dem Prager Kongresse verkündete, dafs er in der Schleimschicht spiralige Fasern gefunden habe, welche aus der normalen oder pathologisch veränderten Cutis zwischen die Epithelzellen eingedrungen sein sollten; über ihre Bedeutung sprach er sich jedoch nicht aus.

Im Jahre 1890 beschrieb Kromayer (39, 40, 41) die Protoplasmafasern, wie dies vormals schon Cajal gethan, unterschied sie aber genau von den Herxheimerschen Spiralen. Es folgten dann eine ganze Reihe weiterer Arbeiten, welche teils das Vorhandensein derartiger Fasern annahmen, teils leugneten. Von den Autoren der ersteren Richtung hielten sie die einen für Nervenfasern, andere für elastische und noch andere, welche ihr Vorkommen nicht in Abrede zu stellen vermochten, für artifizielle Produkte. Gegenwärtig harrt die Frage noch ihrer Entscheidung. Nach meinen Untersuchungen zu urteilen erschien mir diese intakte oder veränderte fibrilläre Struktur des Protoplasmas in allen Fällen als ziemlich

unzweifelhaft und zwar sowohl bei Anwendung der modifizierten klassischen Methode von Weigert (Kontrastfärbung der Kerne mit Karmin oder Safranin) als nach anderen Methoden, die auf der Reaktion der Gewebe gegenüber basischen oder sauren Anilinfarben beruhen. Aufser mit dem Methylviolett B. und dem Lithiumkarmin erhielt ich mehr demonstrative denn glänzende Präparate mit dem Gentianaviolett und Safranin, mit Methylviolett und Eosin.

Um auf die Basalzellen der Retezapfen zurückzukommen, erscheinen diese birnförmig, mit dem abgerundeten Ende nach oben gekehrt; die Protoplasmafasern sind am oberen Ende schleifenförmig angeordnet und bedecken gewölbeartig den Kern, steigen dann in Windungen zu beiden Seiten desselben herunter, senden feine, steife und geradlinige Fortsätze nach den Seiten aus, konvergieren nach dem unteren Pole zu und verteilen sich schliefslich in einen Büschel sehr feiner Fibrillen, welche mit den kollagenen und terminalen elastischen Fasern des Papillarkörpers jene helle als Basalmembran bekannte Zone bilden. Diese kernlose Zone erscheint wie ein Wundernetz, in welches epitheliale Elemente, elastische und kollagene Fasern münden und sich verlieren.

Die gleichzeitige Färbung der epithelialen Fasern mit Methylviolett, der elastischen Fasern mit Säure-Orcein (Unna-Taenzer) oder die Färbung mit Methylviolett und Safranin lassen alle diese Einzelheiten in den erkrankten Teilen wegen des Ödems und infolge dessen wegen der Aufquellung dieser Elemente und der Dilatation der Lymph- und interepithelialen Plasmaräume deutlich hervortreten.

Es ist mir niemals gelungen, auf dünnen Schnitten — und dünn müssen die Schnitte bei solchen Untersuchungen immer sein — eine Invasion elastischer Fasern in das Basalepithel nachzuweisen. Ich habe mich deshalb einläfslicher über diese basale Zone ausgebreitet, weil die Psoriasis infolge der beschriebenen Bedingungen einen Einblick in das Innere dieser Zone gestattet, wo die Scheidung zwischen Epidermis und Cutis statt hat. Auch da, wo eine gröfsere Lageveränderung der Elemente existiert und ein intensiverer Prozefs sich abspielt, behalten die Basalzellen ihre fibrilläre Struktur unverändert bei; denn mehr als um Strukturveränderungen handelt es sich um Veränderungen in der Anordnung.

Von einer Zellmembran kann man meiner Ansicht nach bei diesen Elementen nicht reden, in Anbetracht des Verhaltens dieser Fortsätze. Andererseits ist diese Ansicht von Histologen wie Frey (42) und Kölliker (43) verfochten worden.

Zwischen diesen Fasern existiert eine amorphe, besonders mit Eosin färbbare Substanz.

Über den Basalzellen, mitten in den psoriatischen Herden, liegen die übrigen Elemente der Schleimschicht öfters in gestörter Anordnung, in-

folge der Verbreiterung der Plasmaräume, der Zerreifsung der Stacheln und Einwanderung von Zellen. Diese Zellen sind sehr oft mit ihrer Längsachse horizontal gelegen. Wo es zu keinen bedeutenden Lageveränderungen gekommen ist, haben die Zellen eine ausgestreckte Birnform. Vom unteren Pole sieht man lange gerade oder geschlängelte Fortsätze ausgehen, welche in die darunter gelegenen Zwischenstachelräume eindringen, die Papille erreichen und in der hyalinen Basalschicht enden. Andere jedoch erstrecken sich weiter bis zu den centralen Teilen der Papillen. Derartige Fortsätze sieht man auch von höher gelegenen Zellenschichten ausgehen und mehrere Zellenreihen durchdringen. Offenbar entsprechen diese geschwänzten Fortsätze den oben angedeuteten Herxheimerschen Spiralen. Was stellen sie aber vor? In morphologischer Beziehung ist es unzweifelhaft, dafs sie vom unteren Pole der Zellen ausgehen, von der Stelle nämlich, wohin die Protoplasmafasern konvergieren. In Anbetracht ihrer Reaktion gegenüber den Farbstoffen haben diese Fortsätze nichts gemein mit den kollagenen, elastischen oder Nervenfasern.

Müssen wir also sagen, dafs sie Kunstprodukte sind, wie dies einige behauptet haben, so hauptsächlich Eddowes (44), der eine ausführliche Arbeit hierüber verfafst, um nachzuweisen, dafs diese Gebilde weiter nichts sind denn Fibrinablagerungen, die sich post mortem aus dem Fibrinogen des Plasma mit der fibrinoplastischen Substanz der abgestorbenen Zellenelemente gebildet haben? Er hat diese Spiralen in normaler Haut sowie auch bei verschiedenen pathologischen Zuständen untersucht und sie überall gefunden.

In meinem Falle habe ich sie zweifellos zahlreicher in der Nähe der Psoriasisherde vorgefunden als in der gesunden Haut, jedoch nicht an den Stellen, wo die Veränderungen am ausgesprochensten sind, sondern da, wo die Epithelien noch bis zu einem gewissen Grade intakt sind.

In vielen dieser Fortsätze, die nicht besonders grofs und kompakt sind, läfst sich die fibrilläre Grundstruktur erkennen. Im übrigen findet man sie beinahe ausschliefslich in der Nähe des Zellkörpers, öfters auch im Endteile, wo ihre Zerlegung stattfindet.

Mit der Färbemethode von Weigert lassen sich meiner Ansicht nach keine sicheren Schlüsse ziehen bezüglich der fibrinösen Natur dieser Fasern, da derselben, wie übrigens allen anderen Färbemethoden, keineswegs die Bedeutung einer spezifischen chemischen Reaktion zukommt. Die Weigertsche Lösung färbt aufser dem Fibrin noch eine Reihe anderer Elemente.

In Anbetracht der morphologischen Eigenschaften, der Struktur dieser Fortsätze, mufs angenommen werden, dafs, wenn überhaupt Fibrin vorhanden, solches weiter nichts ist als eine Zuthat, ein Anhängsel, ein Niederschlag um jene Protoplasmafasern, welche, vom unteren Pole der

Zelle ausgehend, nach dem Grunde der Papille hinstreben, die sie an einzelnen Stellen nicht erreichen, an anderen dagegen überragen. Von diesen Protoplasmafasern, welche in den normalen Hautpartien sehr deutlich hervortreten und bartförmig erscheinen, unterscheiden sich die Stacheln kaum.

Andererseits wissen wir, daſs sich die Fibrine leicht an Körper anschmiegen, die ihnen eine Stütze bieten.

Daſs diese Fasern derartig beschaffen sind, scheint mir aus dem Umstande hervorzugehen, daſs die Spiralen um so undeutlicher werden, als die Epithelzellen stärker verändert sind und infolge dessen ihre Fasern und Fortsätze deutlicher werden.

Der Umstand, daſs diese Spiralen bei der Psoriasis sehr reichlich vorkommen, gestattet die Annahme, daſs diese Erscheinung vom Vorhandensein einer gröſseren Menge fibrinogener Produkte abhängt, d. h. solcher Produkte, welche die Zellen zerstören, und einer gröſseren Menge Plasma.

Colomiatti (45) sprach von spinöser Degeneration bei der Psoriasis und brachte die übermäſsige Bildung von Schuppen mit ihr in Zusammenhang. Offenbar hatte er jene so deutlich erkennbare Fortsätze gesehen und aus der Zunahme derselben auf eine Zunahme des Horngewebes geschlossen. Einige dieser Fortsätze sind horizontal angeordnet und zwar gerade da, wo die Zellen der Schleimschicht in der nämlichen Richtung angeordnet sind.

Je mehr man sich dem Centrum der Herde nähert, werden die Veränderungen, wenn der Herd eine rundliche Gestalt hat, immer ausgesprochener; die Struktur der Epithelien variiert in ihrer Form; die Grenzen runden sich ab, die Zwischenstachelräume werden immer enger und verschwinden schlieſslich vollständig und mit ihnen die Stacheln. An Stelle der Protoplasmafasern treten zuerst leicht, dann immer weniger gut färbbare und kleiner werdende Granulationen. Höhlenbildungen im Protoplasma findet man sozusagen nirgends. Letztere konstatiert man eher in den gesunden Partien infolge raschen Eintretens von Koagulation und so lange das fibrilläre Gerippe des Protoplasmas erhalten bleibt. Dann findet man eine durch diese zu einem Netze angeordneten Fasern wohl abgegrenzte Höhle. Der Kern ist entweder zusammengeschrumpft oder verschwunden, eine leere eiförmige oder elliptische Höhle zurücklassend.

Da, wo die Veränderungen am stärksten ausgesprochen sind, fehlen die Protoplasmafasern sowie auch die Höhlenbildung.

In diesen Zellen der psoriatischen Herde erscheint der Kern, was wenigstens Form und Färbbarkeit anbelangt, wohl erhalten.

Diese Veränderungen finden sich nicht stets in rundlichen suprapapillären Herden; öfters sind sie in mehr länglichen Nestern angeordnet,

zumal in den obersten Partien der Schleimschicht, wo die Epithelien bereits eine horizontale Richtung zeigen. Die centrale Partie der Retezapfen führt normale Elemente besonders gegen die Mittelachse zu, wo gewöhnlich die Lagerung und die Struktur der Epithelien vollständig erhalten geblieben ist.

Stratum granulosum. Im Zusammenhange mit dem Stratum lucidum wird die keratogene Zone der Epidermis betrachtet, welche der Keimschicht gegenüber gestellt wird, wo die Neubildung der Epithelien ausschliefslich stattfindet. Aufserhalb dieser Keimzone werden keine Karyokinesen oder andere reproduktive Prozesse angetroffen. Die Wichtigkeit, welche dem Stratum lucidum und granulosum bei der Umbildung der Schleim- in Hornepithelien zukommt, liegt demnach deutlich zu Tage, indem sie in der Übergangszone liegen.

Wegen des Mangels an Karyokinesen oder anderen Zeichen von direkter Teilung weichen natürlich die Körnerzellen von den Zellen des Rete Malpighii ab und besonders von den horizontal angeordneten, welche das Stratum suprapapillare bilden.

Diese direkte Abkunft der Zellen findet man bei der Psoriasis auch da, wo das Stratum granulosum wirklich verändert ist, und konstant an den Stellen, wo das darunter gelegene Epithel der Schleimschicht dasselbe Schicksal erfahren hat. Diese Erscheinung läfst sich besonders deutlich in den frischen Plaques sehen. Diese Veränderungen sind nicht gleichmäfsig verteilt und entsprechen in ihrer Intensität den Läsionen der darunterliegenden Partien, sodafs man in einer Plaque neben Stellen, wo die Körnerzellen vollständig fehlen, solche findet, wo das Stratum granulosum, wenn auch nicht vollkommen normal, so doch deutlich sichtbar ist. Dies war auch der Grund der Meinungsverschiedenheiten der einzelnen Autoren, von denen einige behaupten, dafs es normal ist (Loewe, 46), die anderen hypertrophiert (Neumann, 47—48), noch andere, dafs es gänzlich fehlt.

Die Veränderungen im Stratum granulosum stehen in näherem Zusammenhange mit solchen in den Epithelien der oberen Hornschichten. Dies kommt deshalb zustande, weil, sobald das Epithel der Schleimschicht ersetzt zu werden beginnt, gleich die Bildung von Körnerzellen anfängt, über welchen noch hornartige Zellen liegen, die sich anhäufen und nur sehr langsam abfallen. Rasch auf das Auftreten von mehr oder weniger vollständiger Körnerschicht folgt die Bildung einer dünnen Schicht normaler Hornzellen ohne Kerne, welche sich zwischen Stratum granulosum und veränderter Hornschicht lagert.

Ohne hier nochmals auf die Beschreibung der Epithelveränderungen im Rete Malpighii zurückzukommen, will ich nur betonen, dafs dem Fehlen von Protoplasmafasern in demselben auch ein Fehlen von Körnern

in der LANGERHANSschen Schicht entspricht. Die übrig gebliebene Partie der Körnerschicht entspricht meist der Mittellinie der Retezapfen, in welcher, wie gesagt, die Protoplasmafasern ihre höchste Entwickelung erreichen. Diese Beziehung hat ihren Grund in dem Umstande, dafs das Epithel in den Retezapfen normal ist und die herdförmigen oder diffusen Läsionen auf die suprapapilläre Schicht beschränkt sind.

Während unter normalen Verhältnissen der Kern in den Zellen der Körnerschicht zerbröckelt ist, fehlt dieser Befund bei der Psoriasis: der Kern wird kleiner, flacht sich ab, wird kompakter und färbt sich infolgedessen leichter. Das umgebende Protoplasma ist homogen und läfst keine fibrilläre Struktur erkennen.

Es findet somit in den Psoriasisherden eine fortschreitende Austrocknung und Abflachung der Schleimzellen mitsamt dem Kerne statt bis zur Ausbildung hornartiger Schuppen. Damit diese Austrocknung zustande komme, ist es notwendig, dafs die Zellen bereits horizontal gelegen seien. Die Zwischenstachelräume fehlen, wie bereits angedeutet.

An einer Thatsache müssen wir besonders festhalten, nämlich dafs bei der Psoriasis überall da das Keratohyalin fehlt, wo keine Protoplasmafasern vorhanden sind. Daher scheint auch indirekt bei der Psoriasis die unmittelbare Beziehung zwischen diesen beiden Hautelementen, den Protoplasmafasern und dem Keratohyalin, abgeleitet worden zu sein. Dieselben Beziehungen lassen sich aber zwischen Kern und Keratohyalin nicht nachweisen. Der Kern, welcher sich in den Zellen der Schleimschicht, wenigstens was Morphologie und Färbbarkeit anbelangt, unverändert zeigt, ist bei der Psoriasis nicht jenen Umwandlungen unterworfen, die in einem Spaltungsprozesse bestehen. Es kann aber, wie man sieht, nicht geleugnet werden, dafs beim normalen Keratinisationsprozesse der Kern an der Bildung des Keratohyalins teilnimmt. Hierüber haben schon andere Autoren geschrieben, während andere diese Beteiligung des Kernes leugnen. Übrigens giebt uns die Farbreaktion der Keratohyalinkörner keinen sicheren Beleg. Während nämlich das Keratohyalin zuweilen eine Affinität für Farbstoffe zeigt, welche die Protoplasmafasern angreifen, läfst es sich in anderen Fällen auch durch Kernfarbstoffe färben. Bei Doppelfärbungen dagegen nehmen die Kerne eine verschiedene Färbung an.

Da bei der Psoriasis die Veränderungen zuerst im Protoplasma der Zellen des Rete Malpighii auftreten, sind wir geneigt zu glauben, dafs diese Veränderungen eine Umwandlung der Kerne hindern, wolle man sie nun als belanglose sekundäre Erscheinung bei der Keratinisation betrachten oder sie in direkte Beziehung zu dieser letzteren bringen.

Bezüglich der Beziehungen zwischen Fasern und Körnern mufs auf eine andere wichtige Thatsache hingewiesen werden. Wir haben bereits gesagt, dafs in den Retezapfen und speziell im Achsenabschnitte derselben

die Fasern unverändert sind und dafs man in Übereinstimmung damit öfters eine Körnerschicht oder wenigstens Zellen mit Keratohyalin findet. Bei vielen Zapfen sieht man im mittleren Abschnitte einen Knäueldrüsenausführungsgang. Hier sind die Stachelzellen stark gefasert, und konstant findet man an der Mündung reichlich Keratohyalin. Auch die Hornzellen sind, was ihre Form anbelangt, unverändert.

Wie verhält es sich mit dem Fette, welches diese Zelle vor der serösen Durchtränkung bewahrt?

Stratum lucidum. Von Anfang an habe ich auf die Meinungsverschiedenheiten der Autoren über diese Schicht bei der Psoriasis hingewiesen. CAMPANA fand sie hypertrophiert. Ich habe es auch da konstant vorgefunden, wo die Psoriasis am entwickeltsten war und wo demnach das Stratum granulosum fehlt. Es sieht aber je nach der Behandlungsmethode sehr verschieden aus. Bei Fixation in FLEMMINGscher Lösung, mit Einschlufs in Paraffin und Färbung mit Safranin erscheint das Stratum lucidum wie ein heller, homogener, sehr lichtbrechender Streifen, der aus aufgetriebenen, spindelförmigen Zellen mit hellem homogenen Protoplasma und gut färbbarem Kerne besteht. Bei Fixation in absolutem Alkohol, Einschlufs in Celloidin und Färbung mit schwefelsaurem Nigrosin erscheint es in Gestalt von kugligen oder stalaktitenförmigen Wachstropfen mit dem zugespitzten Ende nach oben gekehrt. Die Stalaktiten sind schief gestellt, gleichsam als sollten sie sich zwischen die über ihnen liegenden lamellösen Elemente einschieben. Nach dieser Methode beschränkt sich das Eleidin nicht auf einen Zellenstreifen, sondern drängt sich in die oberen Schichten hinein. Das stalaktitenförmige Eleidin scheint in gröfster Menge in dem Retezapfen vorhanden zu sein, die einen Knäueldrüsenausführungsgang enthalten.

Der Umstand, dafs diese Substanz vom Stratum granulosum unabhängig ist, läfst die Vermutung aufkommen, dafs sie zum normalen Keratinisationsprozesse nicht notwendig in Beziehung zu stehen braucht. Andererseits wissen wir, dafs sie auch in den Kondylomen und in den normalen Schleimhäuten im Überflusse vorkommt, wo das Stratum granulosum fehlt, während kernhaltige Zellenlamellen vorhanden sind, wie bei der Psoriasis.

Die direkte Beziehung des Stratum granulosum zum vollkommenen Horngewebe geht dagegen aus folgenden Thatsachen hervor: 1. Wo in der normalen Haut ausgebildete Hornzellen existieren, besteht auch eine Körnerschicht. 2. In den Schleimhäuten (Mund, Präputium) giebt es keine Körnerschicht und fehlen dementsprechend auch ausgebildete Hornzellen. 3. Dieselbe Erscheinung wird bei der Psoriasis konstatiert (Parakeratose). 4. Bei der Hyperkeratose kommt ein hypertrophisches Stratum granulosum und damit auch eine hypertrophische Hornschicht vor.

Unter ausgebildeten Hornzellen verstehe ich im oben gesagten solche, die keinen Kern mehr haben und der künstlichen Verdauung, den Säuren und Alkalien gegenüber die bekannten Reaktionen aufweisen.

Stratum corneum. Als erste Erscheinung fällt auf, dafs die drei Schichten (die tiefe kompakte, die mittlere aufgelockerte und die kompakte freie) sich nicht mehr unterscheiden lassen; dagegen flachen sich von der Tiefe nach der Oberfläche zu die Lamellenzellen immer mehr ab. Sie behalten stets einen gut färbbaren Kern und ein kompaktes homogenes Protoplasma. Mit der GRAMschen Methode läfst sich jener von ERNST (49) in den normalen Hornzellen studierte granulöse Zustand nicht nachweisen.

Diese Zellen sehen spindelförmig aus, lagern sich dachziegelförmig übereinander, indem sie ihre langen terminalen Fortsätze beibehalten, die zwischen die nächstgelegenen Zellen eindringen und so das feste Anhaften der Schuppen bei der Psoriasis erklären. Wo gekörnte Zellen angetroffen werden, finden sich auch ausgebildete, d. h. kernlose Hornelemente.

Wenn auch keine scharfe Trennung von Schleimschichtelementen und keratogenen Schichten in morphologischem Sinne besteht, so läfst sich doch ein verschiedenes Verhalten derjenigen Zellen gegenüber den Farbstoffen konstatieren, welche oberhalb der Linie liegen, wo sich unter normalen Verhältnissen das Stratum granulosum befindet. Diese liefse sich vielleicht aus dem Vorhandensein des Eleidins erklären, das überall erhalten bleibt, oder des Fettes, das bei der Psoriasis ebenfalls nicht verschwindet, wenn es auch nicht die bekannte Anordnung in zwei Schichten aufweist, wie es die Osmiumreaktion zeigt.

Das Fett erscheint unregelmäfsig und in diffuser Weise in der Hornschicht verteilt, öfters in Gestalt eines Streifens, der sich zwischen bereits abgeplattete und atrophische Elemente der Schleimschicht hineindrängt.

Wanderzellen. Bisher wurde ihnen wenig Bedeutung beigemessen; in letzter Zeit hat sich aber MUNRO (50) sehr ausführlich mit der Frage beschäftigt und schreibt ihnen eine grofse Bedeutung bei der Pathogenese der Affektion zu. Jene Ansammlung von Leukocyten in den oberflächlichen Schichten der Epidermis wären nach seiner Ansicht die erste Erscheinung bei der Psoriasis, indem sie der Autor vor jeder anderen Erscheinung angetroffen hat. Die übrigen pathologisch-anatomischen Veränderungen wären nur sekundärer Art. Mir scheint jedoch die notwendige Folge dieser Thatsachen nicht erwiesen.

Andererseits, wenn man Leukocyten in der Epidermis vorfindet, wird der Autor nicht leugnen können, dafs der Leukocytenwanderung eine andere Veränderung in der Cutis vorausgegangen sein mufs; seine Hypothese wird dadurch erschüttert.

Es läfst sich keineswegs leicht erklären, in welcher Weise die aus-

gewanderten Leukocyten befähigt sind, die Parakeratose zu erzeugen, wenn man doch konstatieren kann, dafs die parakeratotischen Veränderungen nicht immer den Leukocytenherden entsprechen, besonders wenn man die periphersten Teile der Psoriasisplaque und die Übergangsstellen in die normalen Hautpartien in Betracht zieht. Wir wissen zwar, dafs Anhäufungen von intraepidermalen Leukocyten im stande sind wie ein Caput mortuum zu wirken und eine Epithelproliferation zu verursachen; dazu ist es aber notwendig, dafs sich diese Leukocyten in der Schleimschicht oder wenigstens in deren Nähe festsetzen. Dementgegen nimmt aber der Autor an, dafs diese Ansammlungen ganz oberflächlicher Art sind. Man mufs eben wohl erwägen, dafs sich Parasiten und Leukocyten verschieden verhalten. Die Parasiten wirken nicht nur als Fremdkörper, sondern auch durch ihre Sekretionen; die in die Epidermis eingewanderten Leukocyten dagegen, welche ihre gewohnten Aufenthaltssitze verlassen haben, sind weiter nichts als tote Körper. Da sie zur Proliferation antreiben, kommt es nicht allein zur Neubildung von Zellen in der Schleimschicht, sondern auch von Körner- und Hornzellen, sodafs die Ansammlung von Leukocyten verhindert wird oder diese eingekapselt und von normalem Hornepithel eingefafst werden.

Wenn weitere Leukocytenwanderungen stattfinden, so geschieht es deshalb, weil in der Cutis der Diapedeseprozefs noch nicht aufgehört hat.

Das sind die den fünf Fällen von Psoriasis gemeinschaftlichen Veränderungen, welche die gewöhnliche klinische Varietät darstellen. Bei der lichenoiden Varietät (2. Fall) fand ich eine ausgesprochenere papilläre Diapedese vor und dementsprechend auch zahlreichere Leukocyten in der Epidermis.

Die Hypertrophie der Zapfen im Rete Malpighii ist nicht sehr ausgesprochen und die Veränderungen in der Epidermis zeigen die Gestalt von rundlichen Herden, die den Papillen entsprechen.

Bei der rupioiden Psoriasis (4. Fall) ist das Ödem des Papillarkörpers und die kleinzellige Infiltration der Cutis und der Epidermis sehr deutlich; an letzterer Stelle nehmen die Läsionen nicht die Gestalt von Herden an, sondern sind mehr diffus. Gleichzeitig ist die suprapapilläre Schicht aufserordentlich reduziert und stellenweise infolge der Schuppenablösung auf zwei Reihen bereits horizontaler und abgeplatteter Zellen beschränkt.

Der Übergang der erkrankten in die gesunde Partie ist ein rascher und der Unterschied fällt deshalb dem Beobachter leicht in die Augen. Dennoch müssen wir in dieser Übergangszone die Cutis und die Epidermis wohl voneinander unterscheiden. Während nämlich in der letzteren alle Hauptmerkmale erhalten geblieben, verhält sich die Sache in der Cutis anders; hier konstatiert man nämlich eine periglanduläre und perivasale Infiltration, sowie eine Andeutung jener Hypertrophie und Hyperplasie

der Bindegewebszellen, von der weiter oben die Rede war. Auch die Papillen zeigen eine Aufquellung der Gefäfsendothelien und der fixen Zellen der Umgebung.

In der Epidermis sind dagegen die Retezapfen normal entwickelt und bestehen aus regelrecht gelagerten und gefaserten Elementen; jene langen Fortsätze, die sog. Herxheimerschen Spiralen, sind nicht sichtbar, sondern nur bartartige Fasern und Stacheln.

Das Stratum granulosum ist unversehrt, ebenso die darüber liegenden Hornzellen.

Wir gehen zum zweiten Teile über.

Über die Modifikationen der Haut bei der Psoriasis nach dem Gebrauche des Chrysarobins hat sich Prof. Campana in einer seiner letzteren Arbeiten vernehmen lassen (51). Ich habe mich auch, wie gesagt, der Chrysophansäure bedient. Der Unterschied zwischen diesen beiden Präparaten ist kaum fühlbar: beide sind mächtige Keratolytica, welche eine Entzündung der Haut herbeiführen und in derselben Weise wirken wie so viele andere Keratolytica bei der Behandlung der Psoriasis.

Die erkrankte Haut wurde in dem Augenblicke entfernt, wo die Psoriasisplaque durch eine pigmentlose Scheibe ersetzt war, während die Umgebung aus einem hyperämischen pigmentierten Hofe bestand.

Bezüglich der Veränderungen in der Cutis habe ich eine Zunahme der mehr oder weniger ausgesprochenen und hauptsächlich an den der gesunden Haut entsprechenden Teilen fortbestehenden, kleinzelligen Infiltration hervorgehoben. Diese Infiltration besteht meistenteils aus kleinen einkernigen Leukocyten, die gleichmäfsig in der papillären Cutis verteilt sind. Aufser dieser Infiltration besteht eine Verminderung des elastischen Gewebes.

Von dem weiter oben erwähnten Ödem in den kollagenen Fasern ist nichts zu sehen. Die platten (geflügelten, gesternten) fixen Bindegewebszellen sind so zusammengeschrumpft, mumifiziert und öfters fragmentiert, dafs sie auf dem Wege begriffen scheinen, vollständig zu verschwinden.

Die wichtigsten Erscheinungen sind aber in der Epidermis zu sehen. Die Zapfen des Rete Malpighii haben nicht allein wie die Papillen an Länge und Breite abgenommen, was Campana unwiderleglich festgestellt hat, sondern bei übersichtlicher Untersuchung konstatiert man auch schon die Reintegration der sie zusammensetzenden Elemente. Die genauere Betrachtung bestätigt dann auch die Richtigkeit des ersten Eindruckes.

In der Basalschicht haben jedoch die Zellen ihr normales Pigment noch nicht zurückerhalten. Dasselbe ist nämlich bei der Zunahme des entzündlichen Zustandes auch in jenen Partien verschwunden, wo es be-

reits bloßgelegt worden war, und selbst bis in die nächstgelegenen gesunden Partien hinein.

Die Epithelien nehmen ihre normale Lagerung an; die Protoplasmafasern erscheinen zahlreich und gut gefärbt und umschließen einen ebenfalls gut gefärbten Kern. Die hauptsächlichsten Veränderungen werden jedoch in den obersten Zellen der Schleimschicht angetroffen; indem sie ihre normale Richtung wieder annehmen, zeigen sie auch wieder die fibrilläre Struktur des Protoplasmas. Diese Fasern sind aber dünn und spärlich, besonders in den tieferen Abschnitten der Zapfen; ihre Kerne sind gut erhalten. Interessant ist die Thatsache, daß in der Umgebung des Kerns vakuoläre Degenerationserscheinungen auftreten, was bekanntlich in den Psoriasisherden nicht so häufig vorkommt. Dieser Umstand läßt sich, wie ich dies bereits sagte, in Übereinstimmung bringen mit der Entwickelung der Fasern. Es läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen, ob diese Vakuolen auf die Fixation zurückzuführende Kunstprodukte sind.

Diese Zellen der Schleimschicht zeigen öfters an ihrem oberen Pole und im Inneren des Protoplasmakörpers eine kleine Ansammlung von dunkelgelb gefärbten schollenartigen Körnern, welche offenbar vom Chrysarobin oder der Chrysophansäure herrühren. Die Zellen zeigen somit eine besondere Neigung, diese medikamentösen Partikelchen in sich aufzunehmen; diese Aufspeicherungen geschehen besonders in den benachbarten gesunden Partien, wo man eine Hornschicht wahrnimmt mit einer beträchtlichen Anhäufung dieses gelblichen Pigmentes im Körper der Zellen. Der langsame Ersatz dieser Epithelien in den gesunden Partien und das Verbleiben von Pigmentkörnern in der Epidermis erklärt uns zum Teile diese Hyperchromie nach dem Gebrauche der Chrysophansäure und des Chrysarobins. Diese Ansicht wurde bereits von Campana geäußert, obwohl dieser hyperpigmentierte Hof zweifellos vom Pigment der basalen Zellen abstammt, welches in den gesunden Partien zurückgeblieben ist und unter dem Einflusse der fortbestehenden Hyperämie wieder zugenommen hat.

Bezüglich des Kerns der Zellen der Schleimschicht vermochte ich nichts besonderes zu konstatieren außer etwa einer ausgesprochenen Affinität zu irgend welchen Farbstoffen. Die Zwischenstachelräume treten deutlich hervor und sind öfters erweitert. Wanderzellen dagegen findet man innerhalb derselben trotz der stärkeren Infiltration in der Cutis keine oder sie sind nur sehr spärlich vorhanden. Die epithelialen Karyokinesen sind innerhalb der erkrankten Partien sehr selten, häufiger dagegen in den benachbarten gesunden Regionen.

Sehr interessant ist der Befund im Stratum granulosum, welches im Einklange mit den Epidermisfasern deutlicher hervortritt. Bevor sich aber das Keratohyalin wieder zu einer wohl umschriebenen Schicht heranbildet, erscheint es in den unteren Lagen in Form von Körnchen, welche

immer dichter werden, je mehr man sich den oberen Schichten nähert, ohne daſs die Kerne im Verhältnis zu ihrer Zerbröckelung im gleichen Maſse an der Keratohyalinbildung teilzunehmen scheinen.

Deutlicher und beständiger erscheint das Verhältnis der keratohyalinhaltigen Zellen zu den ausgebildeten Hornzellen: sobald nämlich die Keratohyalinkörner auftreten, folgt auch die Bildung der ausgebildeten Hornzellen.

In den benachbarten gesunden Abschnitten sind keine nennenswerten Erscheinungen zu verzeichnen.

Die Chrysophansäure und das Chrysarobin verursachen demnach in der Cutis eine Entzündung und zwingen die Zellen der Schleimschicht, ihre normalen Ernährungs- und Entwickelungsfunktionen wieder aufzunehmen. Wie dies Prof. MAJOCCHI hervorhebt, läſst sich dieser Prozeſs mit der Wirkung der Caustica vergleichen, welche man zu dem Zwecke gebraucht, schlechte Granulationen des neugebildeten Bindegewebes zu erneuerter Thätigkeit anzutreiben.

Wir gehen jetzt zur spontanen Abheilung der Psoriasis über (Fall VI). Auf den ersten Blick erscheint die spontane Abheilung der Psoriasis auch in anatomischer Beziehung als eine atrophische Abflachung der Psoriasisplaque, soweit dies die Epidermis anbelangt. Was man aber ganz besonders konstatiert, ist folgendes: In den tieferen Schichten der Cutis sieht man noch eine, wenn auch ziemlich geringere periglanduläre und perifollikuläre Infiltration, die auch in der retikulären Cutis in der Umgebung der aufsteigenden Gefäſse vorhanden ist. Die fixen Bindegewebszellen sind zusammengeschrumpft und haben an Volumen abgenommen, sind aber gleichzeitig kompakter geworden. Viele scheinen in Zerbröckelung begriffen. Karyokinesen sind keine zu sehen. Das Kollagen und elastische Gewebe scheint überall normal zu sein, ausgenommen in jenen Herden mit starkem perivasalen Infiltrate.

In der papillären Cutis bestehen die Veränderungen in einer starken kleinzelligen Infiltration, welche bis zur Epidermis hinaufreicht; ich habe aber nicht konstatieren können, daſs Leukocyten in dieselbe hineingelangten.

Die beschriebenen Veränderungen beziehen sich auf die Teile der Plaque, die in Abheilung begriffen ist; wo diese bereits ganz oder beinahe abgeschlossen ist, sieht man nur spärliche Infiltrate in der Umgebung der Drüsen und Follikel.

In der Epidermis sind die Retezapfen verkleinert, kleiner als in den benachbarten gesunden Partien. Daraus resultiert eine beträchtliche Abflachung der Epidermis, welche in den gesunden Partien beginnt und ihren höchsten Grad im Centrum der Plaque erreicht.

Das Basalepithel ist schlecht erhalten und in der ganzen erkrankten

Zone pigmentlos. Dagegen hat es seine Protoplasmafasern beibehalten, die in jenen Flocken der Hyalinmembran ihren Abschluſs finden. Gegen die oberen Schichten der Zapfen vordringend, finden wir zuerst ein wohl erhaltenes Epithel mit Protoplasmafasern und Kernen; nach und nach werden aber diese Epithelien spärlicher. Infolge einer Art von Atrophie rücken nämlich die Kerne einander näher und lagern sich in unregelmäſsiger Weise übereinander. Die Kerne selbst sind ebenfalls zusammengeschrumpft und liegen inmitten einer amorphen Substanz, welche sich durch eine Art von Verschmelzung des Protoplasmas der Zellen der Schleimschicht gebildet hat.

Auf diese progressive Austrocknung oder Mumifikation der Epithelien von der Oberfläche gegen die Tiefe zu ist die Abflachung der Plaques zurückzuführen. Diese Atrophie erreicht öfters die Spitze der Papillen, sodaſs die Gefäſsschlingen und kleinzelligen Infiltrate gleich unter die ausgetrocknete Epidermis zu liegen kommen. Sie reicht bis zur Stelle, wo die Epithelien bereits den Einfluſs der serösen Durchtränkung erfahren haben. Bemerkenswert ist das kompakte Aussehen derselben und die Adhärenz, sodaſs man nirgends Zeichen von Ablösung in der ganzen Plaque findet.

Herxheimersche Spiralen sind keine zu sehen; zahlreich dagegen die Karyokinesen in den neugebildeten Zellen der Schleimschicht unterhalb der atrophischen Plaque. Die Körnerzellen findet man bis zur Stelle, wo die Abflachung beginnt. Wo sie auftreten, beginnt auch gleich die Bildung der normalen Hornzellen.

In den Zwischenstachelräumen sind keine Leukocyten vorhanden.

In dieser atrophischen Zone lieſs sich nach den gewöhnlich gebrauchten Methoden, die mir stets positive Resultate geliefert hatten, kein Eleidin nachweisen.

Auch bei der spontanen Abheilung der Psoriasis kommt es somit zu einer Art von Wiederaufflackern des Prozesses; von seiten der Epidermis werden die bereits veränderten Elemente eliminiert. Während sich darunter bereits andere bilden, welche, sowohl was das Protoplasma als die Kerne anbelangt, die Eigenschaften normaler Epithelien haben. Wie man sieht, treten die ersten Veränderungen in der Cutis auf und verlaufen ganz in derselben Weise, ob nun die Wiederherstellung durch Anwendung künstlicher Mittel oder aber spontan zu stande kommt.

Schluſssätze. Aus dem oben beschriebenen histologischen und experimentellen Befunde geht auſser den morphologischen Thatsachen, welche die normale und pathologische Keratinisation betreffen, in pathogenetischer Beziehung hervor, daſs es sich bei der Psoriasis vor allem um Erscheinungen handelt, die sich auf die Gefäſse beziehen. Diese Erscheinungen

sind mehr vasomotorischer, denn eigentlicher entzündlicher Natur, indem nicht nur das Ödem vorherrscht und die Diapedese selten ist, sondern beide Erscheinungen da und dort sprungweise im Verlaufe gewisser Gefäfsbezirke oder -Kegel oder, wenn an derselben Stelle oder in derselben Plaque, in Zwischenräumen stattfinden. In der Cutis läfst sich dies am sprungweisen Auftreten der Diapedese in den Papillen und der gleichzeitigen intermittierenden Ansammlung von Leukocyten in der Dicke der Epidermis erkennen; in dieser letzteren am Abwechseln und der Übereinanderlagerung normaler und veränderter Epidermiszonen. Dies war, wie gesagt, der Grund der Meinungsverschiedenheiten unter den Autoren bei der anatomischen Beschreibung des Prozesses.

Dieses Ödem führt zu einer serösen Imbibition der Zellen der Schleimschicht, was wieder ein fortschreitendes Verschwinden der Protoplasmafasern zur Folge hat. Zu jenen Vakuolenbildungen in der Epidermis, wie bei akuten Exsudationen kommt es hingegen nicht. Der Verlust dieser Protoplasmafasern und das Fehlen des Keratohyalins, sowie die Bildung unvollkommener oder hornartiger Zellen (Parakeratose) bilden einen gleichzeitigen Befund oder aber die Fasern verschwinden vor dem Keratohyalin.

In Anbetracht des anfallsweisen Auftretens dieser vasomotorischen Erscheinungen zeigen sie die Merkmale von nervösen Störungen; sie sind aber mehr centraler denn peripherer Natur. Es kann nämlich kaum angenommen werden, dafs es durch Vermittelung der Gefäfse mittelst Giften oder Toxinen zu lokalen Reizzuständen kommt, weil in den Gefäfswandungen jede Spur von entzündlicher Veränderung, von Karyokinesen oder Proliferationsprozessen fehlt.

Die künstliche oder spontane Reparation tritt als ein aktiver entzündlicher Prozefs in die Erscheinung, welcher einen Schwund des Ödems und dementsprechend eine Neubildung von Epithel im Rete Malpighii, das Auftreten von Keratohyalin und eine normale Verhornung zur Folge hat.

Bei der spontanen Wiederherstellung werden vielleicht diese vasomotorischen Erscheinungen unbekannter Natur unterbrochen; das Auftreten von Entzündungserscheinungen könnte sodann in Beziehung gebracht werden mit dem Umstande, dafs die Involutionsprodukte der Gewebe mit positiven und negativen chemotaktischen Eigenschaften ausgestattet sind (Bouchard, 52).

Dies alles scheint die nervöse Theorie der Psoriasis zu unterstützen, welche in letzter Zeit einen neuen Beitrag erhalten hat durch eine Arbeit von Kuznitzky (53), welcher den Prozefs als eine angioerethische Erscheinung centralen Ursprungs auffafst.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Litteratur.

1. Hebra, J., Trattato delle malattie della pelle. Trad. Longhi. Milano, 1866.
2. Rokitansky, *Lehrbuch der path. Histologie.* Wien, 1854.
3. Simon, J., Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Berlin, 1851.
4. Loewe, Zur Anatomie der Psoriasis. *Mitteil. aus der Dermat.* 1887.
5. Pilfard, Istologia della psoriasi. *Annales de Derm. et de Syph.* 1893.
6. Auspitz, H., Pathologie et therapeutique générales des maladies de la peau. Paris. Masson, 1887. Trad. Doyon.
7. Pecirka, Zur Histologie der Psoriasis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887.
8. Robinson, *New York med. Journ.* 1878.
9. Jamieson, *Edinbourgh med. Journ.* 1879.
10. Fox, Tilbury, Epitome of Skin Diseases. 1879.
11. Duhring, Trattato pratico delle malattie cutanee. Trad. Scandellari. Napoli, 1882.
12. Kaposi, Pathologie et traitement des maladies de la peau. Trad. Doyon-Besnier, 1891.
13. Thin, *Brit. med. Journ.* 1881.
14—15. Vidal-Leloir, *Progr. médic.* 1882.
16. Giovannini, Ricerche intorno ad alcune lesioni infiammatorie e neoplastiche della pelle a speciale contribuzione della fisiopat. dell' epit. pav. strat. *Archivio per le scienze mediche.* Vol. X.
17. Schultz, Über Psoriasis und deren Behandlung. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1882.
18. Hardy, Traité des maladies de la peau. Paris. Baillière, 1886.
19. Ries, E., Die pathologische Anatomie der Psoriasis. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1888.
20. Kromayer, E., Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis nebst einigen Bemerkungen über den normalen Verhornungsprozefs und die Struktur der Stachelzelle. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1890.
21. Campana e Bignone, Della psoriasi — Studio clinico-istologico-sperimentale. *Giornale internazionale delle scienze mediche.* 1890.
22. Kuznitzky, M., Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1897.
23. Schütz, Beiträge zur Pathologie der Psoriasis. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1892.
24. Auspitz, H., Pathologie et therapeutique générales des maladies de la peau. Paris. Masson, 1887. Trad. Doyon.
25. Unna, Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897.
26. Kromayer, Über die Deutung der von Herxheimer im Epithel beschriebenen Fasern. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1890.
27. Herxheimer, Über Impetigo contagiosa vegetans, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Protoplasmas der Epithelzellen. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1897.
28. Pini e Bosellini, Über das Eccema rubrum universale. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898.
29. Mantegazza, U., Note istologiche sopra alcuni casi di psoriasi. Milano. Bortolotti, 1897.
30. Ranvier, Nouvelles recherches sur le mode d'union des cellules du corps muqueux de Malpighi. *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences.* 1879.
31. Ranvier, Sur la structure des cellules du corps muqueux de Malpighi. *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences.* 1882.
32. Ramon y Cajal, Contribution a l'étude des cellules anastomosées des epitéliums pavimenteux stratifiés. *Journal intern. mensuel d'Anat. et d'Histol.* 1886.

33. Unna, Die fibrilläre Struktur der Stachelzellen und ihre Verbindungsbrücken (aus Fortschritte der Hautanatomie in den letzten fünf Jahren). *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888.
34. Unna, Beiträge zur Histologie und Entwickelungsgeschichte der menschlichen Oberhaut. *Archiv f. mikr. Anat.* 1876.
35. Bizzozzero, Sulla struttura degli epiteli pavimentosi stratificati. *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* 1871.
36. Bizzozzero, Über den Bau der geschichteten Pflasterepithelien. *Intern. Monatsschr. f. Anat. u. Histol.* 1885.
37. Blaschko, Über den Verhornungsprozefs. Verhandl. d. derm. Gesellsch. 1889.
38. Herxheimer, Über eigentümliche Fasern in der Epidermis und im Epithel gewisser Schleimhäute des Menschen. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1889.
39. Kromayer, Über die Deutung der von Herxheimer im Epithel beschriebenen Fasern. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1890.
40. Kromayer, Die Protoplasmafaserung der Epithelzelle. *Archiv f. mikr. Anat.* 1892.
41. Kromayer, Zur Epithelfaserfrage. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897.
42. Frey, Histologie und Histochemie. 1876.
43. Kölliker, Handbuch der Gewebelehre. 1889.
44. Eddowes, Über die Natur der Herxheimerschen Spiralen der Oberhaut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI.
45. Colomiatti, Trattato di anatomia patologica della pelle. Torino, 1884.
46. Lohve, loc. cit.
47. Neumann, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1870.
48. Neumann, Über die anatomischen Veränderungen der Haut bei Psoriasis vulgaris. *Wien. med. Jahrb.* 1879.
49. Ernst, Studien über normale Verhornung mit Hülfe der Gramschen Methode. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897.
50. Munro, Note sur l'histopathologie du Psoriasis. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1898.
51. Campana, loc. cit.
52. Bouchard, Traité de pathologie générale. Paris. Masson. Vol. 2. 1896.
53. Kuznitzky, loc. cit.

Erklärung der Figuren.

Figur 1. Schwund der Epidermisfasern in den suprapapillären Schichten. Fehlen des Stratum granulosum und corneum. In der Achse des interpapillären Zapfens sind die Fasern sowie das Stratum granulosum und ausgebildete Stratum corneum erhalten geblieben.

Figur 2. Ödem des Papillarkörpers und der darüber gelegenen Epidermis.

Figur 3. Spontane Abheilung einer Psoriasisplaque.

Aus der Praxis.

Über Vasogenum spissum.

Von

Dr. Leo Leistikow.

Während die gewöhnlichen flüssigen Vasogene schon lange Zeit in ärztlichen Kreisen Gemeingut geworden sind, ist das feste eingedickte Vasogenum spissum viel weniger bekannt und findet fast nur als Quecksilbersalbe bei Schmierkuren gröfsere Verwendung.

Seit drei Jahren habe ich eine gröfsere Versuchsreihe mit Vasogenum spissum als Salbengrundlage unternommen, deren Resultate im folgenden mitgeteilt werden sollen.

Für alle akut einsetzenden oder mit heftigen entzündlichen Prozessen auftretenden chronischen Hautaffektionen ist das Vasogenum spissum entschieden zu vermeiden, denn auf der Haut verrieben bewirkt es starke Quellung und Erweichung der Oberhautzellen, energische Zurückhaltung und Rückstauung der Hautsekrete, Eigenschaften, welche den gewöhnlichen Fetten in viel geringerem Mafse zukommen.

In erster Linie pafst das Vasogenum spissum für Stauungshyperämien, und zwar mit oder ohne Zusatz von Medikamenten (Ichthyol, Hg-Salze etc.), z. B. zur Erzeugung von Wallungshyperämie bei der Rosacea angioneurotica, ferner bei der Perniosis, am besten mit Zusatz von Ichthyol. In vier Fällen gelang es mir, durch prophylaktische tägliche Einreibungen mit 5%igem Ichthyolvasogen, welche während des ganzen Sommers vorgenommen wurden, das Auftreten von Frostbeulen im Herbst und Winter zu verhindern.

In drei Fällen von Prurigo vera gelang es, durch 10%iges Liantral- (Steinkohlenteerextrakt der Firma Beiersdorf) vasogen die bestehende Epithelverdickung, die Papeln und Krusten zu beseitigen, vor allem aber das lästige Jucken zu unterdrücken. Vergleichende Versuche (Einreibung von 10%igem Liantralvasogen auf der einen Körperhälfte, von Liantralvaselin auf der anderen) fielen zu Gunsten des ersteren aus, wenn auch die Recidive in keinem Falle ausblieben.

Das der Prurigo vera nahestehende Eccema pruriginosum, das meist auf fettarmer, blasser Haut vorkommt, Kratzeffekte, Juckreiz, papulöse, sqamöse, vesikulöse, krustöse Efflorescenzen aufweist, die nicht wie bei der Prurigo an die Streckseiten gebunden sind, erfordert eine ener-

gische Behandlung. Wegen der Fähigkeit, die Haut rasch zu erweichen, und der Tiefenwirkung habe ich auch hier das Vasogenum spissum angewandt und ich kann sagen wirklich überraschende Resultate erzielt. Ich verordnete 10 bis 20% Liantral mit Vasogenum spissum.

Die eminente Emulsionsfähigkeit des Vasogenum spissum mit Wasser gestattet auch, das Chlorcalcium als Solutio Calcii chlorata in Verbindung mit Vasogenum spissum zur Anwendung zu bringen. Will man Adeps lanae als Grundlage für wasserhaltige Salben wählen, so sind bekanntlich Zusätze von Oleum olivarum oder Vaselinum flavum notwendig, um brauchbare Salben herzustellen; Vasogenum spissum hingegen ist direkt ohne jeden Zusatz mit Wasser und in diesen Fällen mit Solutio Calcii chlorata (5—10%) mischbar. Letzteres wirkt quellend, erweichend und verstärkt die Tiefenwirkung des Vasogenum spissum, ebenso die des Teers z. B. In 15 Fällen von universellem pruriginösen Ekzem erreichte ich Heilung in 3 bis 4 bis 6 Wochen mit Einreibung folgender Salbe:

℞	*Vasogen. spiss.*	50,0 (5—10%)
	Solut. Calcii chlorat.	50,0
	Liantral	5—10—20,0.

M. f. ung.

Das Eccema keratoides manuum, welches wegen der parakeratotischen Verdickung der Hornschicht, der enormen Trockenheit der Haut, bekanntlich zu den hartnäckigsten Hautaffektionen zu zählen ist, verlangt therapeutisch starke Überschwemmung der Haut mit Fett. Das gewöhnliche Unguentum diachylon Hebrae oder der Hebrasalbenmull erreicht dies von allen Verordnungen am meisten, aber sehr langsam. — Ich ersetzte auch hier das Adeps resp. das Vaselin durch Vasogenum spissum und war überrascht über die vielen Fälle schnell eintretender Heilung. In besonders hartnäckigen Fällen wird man dem Vasogenum spissum natürlich Teer (Liantral) oder Chrysarobin zusetzen.

In lange bestehenden Fällen von Eccema psoriatiforme und Psoriasis habe ich das Vasogenum spissum als Vehikel für Teer und Chrysarobin mit grofsem Erfolge verwandt. Die so überaus hartnäckige Knie- und Ellenbogen-Psoriasis schwindet prompt unter Einreibung von 5 bis 10%igem Chrysarobinvasogen mit nachfolgender Einwickelung in Guttaperchapapier.

Die äufsere Behandlung des Lichen planus Wilson ist wegen der ihm eigenen festen, dicken und stark gespannten Hornschicht sehr schwierig. Auch hier bewährte sich das Vasogenum spissum als Salbengrundlage. Ich verordnete in zehn Fällen die Unnasche Lichensalbe in folgender Zusammensetzung:

℞ *Zinc. oxydat.* 25,0
Vasog. spiss. 225,0
Acid. carbolic. 10,0
Sublimat. 0,3—1,0—2,0.
M. f. ung.

Während bei akut entzündeter Haut Adeps lanae, Vaselin, Adeps suillus durch andere Vehikel nicht zu ersetzen sind, möchte ich für chronische, mit starker Verdickung der Hornschicht einhergehende Hautaffektionen, bei denen man eine energische Tiefenwirkung anstrebt, also besonders bei den pruriginösen, psoriatiformen und lichenoiden Prozessen, das Vasogenum spissum als Salbengrundlage dringlichst empfehlen.

Versammlungen.

XXVIII. Kongreſs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

(*Centralblatt für Chirurgie.* 1899. No. 27.)

Braun-Altona berichtet über **histologische Untersuchungen über die Anheilung Krauseſcher Hautlappen**, aus denen hervorgeht, daſs sich die Gewebsbestandteile der implantierten Cutis in toto erhalten hatten, die elastischen Fasern wiesen normale Anordnung auf, auch die fibrillären Elemente der Cutis waren keine gröſsere Veränderung eingegangen, die Papillen waren von normaler Struktur, ebenso waren Haare und Hautdrüsen erhalten; auch in Fällen, wo der klinische Erfolg zu wünschen übrig lieſs, fanden sich groſse Bezirke von normaler Struktur. Die Ernährung geschah anfangs ausschlieſslich durch plasmatische Cirkulation, später durch neugebildete Kapillaren, die die vorhandenen Gefäſsbahnen benutzten.

Kollmann sprach über **Intraurethrotomie bei weiten Strikturen** und demonstrierte seine Instrumente, über die in diesen Heften schon am anderen Orte berichtet ist.

Zur Verbreitung und Prognose des Peniscarcinoms, von Küttner. Nach Amputation des Penis wegen Carcinom und Ausräumung der Inguinaldrüsen treten die Recidive nicht in loco, sondern hinter der vorderen Bauchwand auf; dies liegt in der Art der Verteilung der Lymphgefäſse, von denen nur die oberen zu den Inguinaldrüsen führen, während die tieferen direkt ins Becken leiten; praktisch, für die Operation, haben diese Befunde keine Bedeutung, da man sich immer mit der Ausräumung der oberflächlichen Drüsen begnügen wird.

Über einige Hülfsmittel bei der Litholapaxie, von Loewenhardt. Verfasser empfiehlt die Lithotripsie auch bei Kindern, nachdem er bei Collin-Paris ein brauchbares Instrument, Charrière 14—15, erlangt hatte. Zur Evakuation benutzt er gerade kurze Tuben (nach dem Vorgang Newells) aus Aluminium, welche er direkt an den Evakuator steckt. Die Hebung des Beckenbodens mit dem Finger vom Rectum aus ist bei hinter einer groſsen Prostata versteckten Steinen nützlich, aber auch bei Cystoskopie; gelegentlich hat Vortragender das Kindercystoskop Nitzes durch die Punktionsöffnung über der Symphyse in die Blase eingeführt; auf diesem Wege kann man auch den Lithotriptor einführen. *F. Hahn-Bremen.*

Medizinische Gesellschaft zu Leipzig.

(*Münchener medizinische Wochenschrift.* 1899. No. 26.)

Rieke berichtet über **artifizielle Cutisgangrän.** In einem Falle handelte es sich um Selbstmordversuch eines gesunden Mannes, der sich die Stellen mit einem glühenden Eisenstab beibrachte, im zweiten um den gleichen Versuch eines Dienstmädchens, das sich mit verdünnter Schwefelsäure ätzte; in beiden Fällen waren die für die Patienten schwer zugänglichen Stellen nicht mit ergriffen.

Kollmann demonstriert ein $2^1/_2$ cm langes Stück Gummischlauch, das er mit der Nitzeschen intravesikalen cystoskopischen Zange unter Lichtbeleuchtung per vias naturales aus der Blase eines jungen Mannes entfernt hatte. — Derselbe spricht über **Intraurethrotomie bei weiten Strikturen** und demonstriert die von ihm angegebenen Instrumente. *F. Hahn-Bremen.*

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1899. Heft 7.

Über den Pemphigus foliaceus Cazenave, von Leredde Leredde baut in dieser Arbeit auf seinen früheren Untersuchungen weiter und sucht seine Behauptung, dafs die letzte Ursache für manche Dermatosen in Veränderungen des Blutes liege, hier auch für den Pemphigus foliaceus zu erweisen. — Er beginnt mit einer Kritik der beiden pathogenetischen Theorien, der parasitären und der nervösen; erstere ist bislang durch keinen annehmbaren bakteriologischen Befund gestützt; letztere geht davon aus, dafs alle bullösen Dermatosen nervösen Ursprungs seien, dafs sich beim Pemphigus foliaceus häufig auch nervöse Störungen bemerkbar machen und dafs man bei der Autopsie endlich nicht selten an den Nerven pathologische Befunde antrifft. Indessen weist L. auch diese Behauptungen mit guten Gründen zurück und sucht die histologischen Befunde an verschiedenen Fällen von Pemphigus foliaceus im Sinne seiner Theorie auszudeuten. — Seine mikroskopischen Befunde erstreckten sich namentlich auf Form und Zahlenverhältnis der verschiedenen Blutkörperchen und sind insofern allerdings von grofsem Interesse. Die Wanderzellen, die man im Corpus mucosum antrifft, sind nämlich zum gröfsten Teil nicht die polynukleären Zellen der akuten Entzündung, sondern eosinophile Zellen; die Zahl der in Diapedese befindlichen acidophilen vielkernigen Zellen ist vielmehr eine äufserst geringe. Auch die weifsen Blutkörperchen der Papillar-Gefäfse sind zum gröfsten Teil eosinophil. Diese eigentümliche Diapedese ist allerdings als ein entzündlicher Prozefs aufzufassen, unmöglich aber kann derselbe durch nervöse Einflüsse eingeleitet sein. Dagegen wird alles verständlich, wenn man eine primäre Erkrankung des Bluts annimmt. Eine solche ist aber thatsächlich vorhanden. Einmal ist das Zahlenverhältnis der verschiedenen weifsen Blutkörperchen zu einander im Verlauf eines Pemphigus foliaceus gründlich verschoben. So beobachtete Leredde in einem Falle auf 100 weifse Blutkörperchen 28 Polynukleäre (gegen 60—70 normal), 43 Mononukleäre und Lymphocyten (gegen 30—40 normal) und 29 Eosinophile (gegen 1—2 normal); dieses Verhältnis änderte sich bei demselben Patienten von Monat zu Monat; ein zweiter Fall wies ähnliche Zahlen auf. Zweitens ist nun aber auch die Form der Leukocyten

beim Pemphigus foliaceus abnorm verändert; solche abnorme Zellen sind auf einer beigegebenen Tafel sehr schön abgebildet. — Des weiteren untersucht Leredde nun den Zusammenhang dieser Bluterkrankung mit dem Pemphigus foliaceus und zieht zu diesem Zweck auch die übrigen bullösen Dermatosen, namentlich die Duhringsche Dermatitis herpetiformis heran; da nun aber in letzterer die Blutveränderung entschieden das Primäre und die Dermatose das Sekundäre ist, wie Leredde weiter ausführt, so werden wir auch bei dem Pemphigus foliaceus zu der nämlichen Annahme gedrängt. — Die Erkrankung des Blutes ist ihrerseits wiederum zum wesentlichen von einer Veränderung des Knochenmarks abhängig, denn die Eosinophilie kommt höchstwahrscheinlich nur in diesem zu Stande. In diesem Sinne werden auch die übrigen Blutbefunde gedeutet, ebenso das Vorkommen von Osteomalacie, von Gelenkentzündungen, von Skoliose bei Pemphigus foliaceus und Duhringscher Krankheit nach dieser Richtung hin verwertet.

Über die Natur des Molluscum contagiosum, von Ch. Audry. Verfasser verfolgt mit dieser Arbeit den Zweck, seine Landsleute mit der neueren Litteratur des Molluscum contagiosum, die besonders in Deutschland und England gefördert wurde, bekannt zu machen. Jedoch haben wir es mit keiner bloſs referierenden Abhandlung zu thun, sondern Audry hat im Laufe der letzten fünf Jahre eine groſse Anzahl dieser Neubildungen eingehend untersucht. Das Ergebnis dieser Untersuchung wird nunmehr unter beständiger Bezugnahme auf die übereinstimmenden und abweichenden Befunde auswärtiger Forscher mitgeteilt. — Das Molluscum sitzt immer unmittelbar unter der Epidermis; niemals aber konnte Audry — im teilweisen Gegensatz zu anderen Autoren — irgend eine Beziehung der Tumors zu den Hautanhängen, den Schweiſsdrüsen, den Talgdrüsen oder den Haarbälgen nachweisen. Er schlieſst daraus, daſs es sich beim Molluscum um eine Erkrankung der eigentlichen Epidermis handle. Gegen die Cutis ist das Molluscum-Knötchen durch eine zarte bindegewebige Membran abgegrenzt; die Umgebung weist, ausser im Falle sekundärer Infektion, keine Spur von Entzündung auf. — Der eigentliche Tumor besteht nur aus Epithelzellen, die eine eigenthümliche Umformung in die sogenannten Corpuscula erfahren. Jedes Corpusculum entspricht einer Epithelzelle, ist rund und sehr widerstandsfähig, und besteht aus einer zarten Membran, sowie einer Masse, die weder körnig noch homogen ist; Kern und Chromatin fehlen gänzlich. Diese Gebilde sind nach Audry für das Molluscum contagiosum spezifisch. — Die Corpuscula stellen nun, wie ausführlich begründet wird, Umwandlungen von Epithelzellen dar; sie stammen sämtlich aus der Stachelschicht und der Prozeſs der Umwandlung wird genau beschrieben. Zuerst verliert die Stachelzelle ihre Verbindungsfäden, ihr Exoplasma verdickt sich mächtig und bildet eine Art Mantel; die Zelle gewinnt einen gröſseren Umfang und wird eiförmig, das Protoplasma wird körnig, gelblich und füllt die Zelle ganz aus. Auch der Zellkern verändert seine Lage, seine Form und seinen Bau. Dann erfährt das Protoplasma noch weitere Veränderungen, indem es sich in formlose, dichtgedrängte Blöcke spaltet, neben denen aber noch ein feiner Protoplasma-Staub besteht; derselbe hat Ähnlichkeit mit dem aus dem Kern stammenden Chromatin-Staub. Endlich bilden sich im Protoplasma, in der Nachbarschaft des Kerns, kleine durchscheinende Bläschen oder Tröpfchen (Toutons Figuren). Über die Deutung dieser Gebilde äuſsert Audry keine bestimmte Meinung; der Auffassung Neissers, der sie für parasitärer Natur erklärt, steht er jedoch sehr skeptisch gegenüber. — Die weiteren Ausführungen des Verfassers über das Molluscum contagiosum gipfeln in dem Satz, daſs dasselbe keine Neoplasie, sondern eine Metaplasie sei, hervorgegangen aus einer Erkrankung der Epidermis, und daſs die Umwandlung der Stachelzellen in die Corpuscula für das Molluscum spezifisch sei. Die Krankheit ist wahrscheinlich parasitär;

der Krankheitserreger, der Parasit, ist aber bis jetzt noch nicht nachgewiesen. — Die Versuche, das Molluscum auf Tiere — Meerschweinchen und Kaninchen — zu übertragen, sind dem Verfasser nicht geglückt. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1899. Heft 7—8.

Die Psoriasis vulgaris im Säuglings- und Kindesalter, von J. H. Rille. Verfasser stellt alles über diesen Gegenstand Bekannte übersichtlich zusammen. Das jüngste Kind, an dem Psoriasis beobachtet wurde, war 88 Tage alt, und soll nach Aussage der Eltern schon am sechsten Lebenstage an dieser Dermatose gelitten haben. Dieser vom Verfasser selber stammende Fall ist, wie alle übrigen Angaben dieser Abhandlung schon anderweits veröffentlicht; neues an Thatsächlichem oder Theoretischem bringt Verfasser an dieser Stelle nicht vor.

Trichophytiasis profunda des Bartes, von Sabrazès und Brenguès. Nach einem kurzen Überblick über den derzeitigen Stand der Trichophytiasisfrage teilen die Verfasser einen Fall von Trichophytiasis des Bartes mit. Bei einem 50jährigen Manne befand sich auf dem Kinn, rechts von der Mittellinie des Unterkiefers, ein ovaler Tumor von 6 cm Länge und 3 cm Breite. Die Oberfläche desselben war mit kleinen Höckern besetzt, aus denen Haare hervorragten und aus denen sich auf Druck Eiter entleerte; der Eiter enthält Myceliumsporen. Über die Ätiologie des Tumors liefs sich nichts ermitteln. Derselbe wurde operativ entfernt; die Wunde heilte glatt aus. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich charakteristische Pilze nur in den Haarfollikeln, und zwar in der nächsten Umgebung der Haare und in diesen selber. Es handelte sich dabei um runde und kubische Myceliumsporen, die in Haufen oder Ketten angeordnet waren und über die Verfasser in einer zweiten Arbeit berichten werden. Die gleichzeitig mit dem Tumor exstirpierten vereiterten Drüsen enthielten das Trichophyton nicht.

Über eine Anomalie der Lippenschleimhaut, von Ch. Audry. (Siehe *„Monatshefte"* Bd. 29, S. 101.)

Behandlung eines Keloids mit Kreosotöleinspritzungen, von Péré. Das Keloid hatte sich bei dem 15jährigen Knaben am rechten Hals über einer ehemaligen Drüsenfistel entwickelt, war 1897 exstirpiert worden, hatte sich dann aber wieder von neuem gebildet und einen beträchtlichen Umfang (6 cm Länge, 3 cm Breite und Höhe) erreicht. Mit den Einspritzungen von 20%igem Kreosotöl (etwa 30 Einspritzungen) wurde ein nennenswerter Erfolg erzielt, indem das Keloid beim Abbruch der etwas schmerzhaften Behandlung nur noch 1 cm in der Höhe mafs; seine Länge und Breite hatte sich nicht vermindert.

Latente Epitheliomatose des Penis, Allgemeinerkrankung, von Sarraute. 35jähriger Mensch mit angeborener Phimose erkrankt zuerst mit Vereiterung der Leistendrüsen links, die einen grofsen Substanzverlust hinterläfst und zu der sich weiterhin auch eine Vereiterung der rechten Leistendrüsen gesellt. Daneben auffallender Kräfteverfall. Bei Operation der Phimose zeigte sich, dafs die ganze Glans mit einer epitheliomatösen Masse bedeckt war. Der Patient kam immer mehr herunter und entzog sich schliefslich der Behandlung.

Oberflächlicher Einrifs der Blasenschleimhaut während einer Ausspülung der Urethra mit Kalium permanganicum, von Sarraute. Es ist dies der zweite derartige Fall, der aus der Audryschen Klinik zu Toulouse zur Mitteilung gelangt. Die Verletzung war in diesem Falle eine geringe, indem alle Symptome — Tenesmus und Blutharnen — nach fünf Tagen geschwunden waren.

Lupus und Epitheliom des Gesichts; Tuberculosis verrucosa des Gesichts; recidivierendes Erysipel und Elephantiasis der rechten Unterextremität, von SARRAUTE. Der Träger aller dieser Leiden war eine 52jährige Zeitungsverkäuferin; dieselbe befand sich dabei ganz wohl, mochte essen und trinken. Seit ihrem 17. Jahre litt sie an häufig wiederkehrendem Gesichtserysipel. Viel später entwickelten sich erst die Lupusknötchen im Gesicht; das Epitheliom der linken Wange bestand seit zwei Jahren. Die ganze rechte Unterextremität ist elephantiastisch verdickt und mit verrukösen Krusten bedeckt. — Das Epitheliom des Gesichts wurde entfernt, die Lupusknoten teils kauterisiert, teils ausgekratzt. Die Heilung war eine vollkommene.

Warzen als familiäre Erscheinung, von VIVÈS. V. berichtet von einer Familie, in der die Mutter, eine Tochter und zwei Brüder mit Warzen an den Händen behaftet waren. Der Vater und zwei weitere Brüder waren zur Zeit noch davon verschont. Die Warzen hatten sich bei der Tochter zuerst gezeigt.

Zur Kasuistik des phagadänischen Schankers, von JULLIEN. Die drei hier mitgeteilten Fälle haben das gemeinsam, dafs es sich, entgegen der landläufigen Ansicht, allemal um ein Ulcus durum handelte, zu dem sich der Phagadänismus hinzugesellte, und dafs bei allen drei Patienten der Verdacht oder die Gewifsheit der Malaria vorhanden war. Auf dem Boden dieser Malaria hat sich überhaupt erst, nach J.s Meinung, der Phagadänismus entwickelt. — Der erste Patient war ein 26jähriger junger Mensch aus Guadeloupe, bei dem im März 1895 ein Ulcus molle der Vorhaut in gegebener Zeit zur Heilung kam. An derselben Stelle entstand nun im nächsten Jahr nach vielfach wiederholtem Coitus ein phagadänisches Geschwür von grofser Ausdehnung, über dessen Natur J. im Zweifel war, bis ein charakteristischer, grofspapliger Ausschlag und phagadänische Geschwüre der Mandeln jede Ungewifsheit benahmen. Unter einer spezifischen Behandlung mit Hg und Jodkalium gingen alle Erscheinungen rasch zurück. Doch bildete sich schon vier Tage nach der Heilung auf der Corona glandis eine neue Verhärtung, die rasch brandig zerfiel und abermals grofse Verwüstungen anrichtete. Zur selben Zeit verwandelte sich auch eine kleine Verletzung des rechten Unterschenkels in ein äufserst schmerzhaftes und äufserst umfangreiches phagadänisches Geschwür. Die Krankheit zog sich über $^3/_4$ Jahre hin; erst eine Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd brachte dauernde Heilung. — Nicht minder interessant, wenn auch weniger reich an Wechselfällen, sind die beiden andern Krankengeschichten; der Leser sei dieserhalb auf das Original verwiesen.

Türkheim-Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Progressive Ernährungsstörungen.

Der Krebsparasit, von W. RUSSELL. (*Lancet.* 29. April 1899.) Die Arbeit giebt im wesentlichen ein Referat über die bisherigen Arbeiten von RONCALI, BUSSE, KAHANE nebst anderen, sowie namentlich von SANFELICE. Aus den Arbeiten des letzteren scheint hervorzugehen, dafs die von RUSSELL früher als „Fuchsinkörper" beschriebenen Gebilde in der That Blastomyceten sind. S. spricht von einem Saccharomyces neoformans, den er nicht nur an malignen Tumoren nachgewiesen hat, sondern auch bei Katzen und Hunden mit Erfolg inokulierte. Ohne diese Arbeiten für geradezu ab-

schliefsend zu erachten, glaubt R. doch, dafs man damit der Erkenntnis von der Ätiologie des Krebses um einen wesentlichen Schritt näher gekommen ist.

Philippi-Itzehoe.

Über Riesenzellenbildung in Kankroiden, von J. A. Becher, Pathologisches Institut, Göttingen. (*Virch. Arch.* Bd. 156. Heft 1.) Becher hat bei vier Fällen von operativ entfernten Kankroiden um die Perlkugeln Riesenzellen gefunden. Über die Bedeutung dieser Riesenzellen gelangt der Autor zu folgenden Sätzen: „Die Riesenzellen an den Perlkugeln haben die Bedeutung von Fremdkörper-Riesenzellen und somit amöboide und phagocytäre Eigenschaften. Der durch ihr Auftreten eingeleitete Prozefs kann zur völligen Organisation der Perlkugeln führen, stellt also eine Art partieller spontaner Heilung dar, indem an Stelle von Krebsnestern junges Bindegewebe tritt. Veranlafst und begünstigt wird dieser Prozefs wahrscheinlich durch ätiologische Momente der Krebsentwickelung, so speziell durch einen voraufgehenden langandauernden entzündlichen Prozefs, sowie durch das den Kankroiden eigentümliche langsame Wachstum, das seinerseits noch durch Lokalisation der Geschwülste wie durch begleitende endarteritische Veränderungen eine Steigerung erfahren kann. Die Riesenzellen können sich sowohl aus Elementen bindegewebiger wie epithelialer Natur bilden. Sie entstehen durch Mitose einer Zelle mit mangelnder Protoplasmateilung oder Konfluenz der neugebildeten Zellen, und vergröfsern sich durch Vereinigung mit Elementen gleicher Herkunft. Sie bilden sich ursprünglich alle nach dem Myeloplaxentypus, der Langhansschе entsteht erst sekundär aus diesem, beeinflufst durch toxische, ernährungsstörende oder mechanische Momente. Ob eine derartige Umwandlung eintritt, hängt zum Teil von der Widerstandsfähigkeit der Zelle ab, die ihrerseits durch die Genese der Zelle beeinflufst wird. Die Riesenzellen können als solche lange fortexistieren und gehen wenigstens teilweise durch fettigen Zerfall zu Grunde." — Becher schliefst seine Arbeit mit der Bemerkung, dafs es nicht ausgeschlossen ist, dafs unter besonders günstigen Umständen der durch die Riesenzellenbildung eingeleitete histologische Prozefs einer partiellen spontanen Heilung auch zu einer klinischen Heilung einmal führen könnte. In dem geschilderten Prozefs sieht der Autor einen Beitrag zu dem Gesetz der Zweckmäfsigkeit, „dafs alle Ursachen, die die normale Gleichgewichtslage der Teile stören, gleichzeitig Veränderungen hervorrufen, die geeignet sind, die Störung wieder auszugleichen."

Ernst Delbanco-Hamburg.

Epithelioma der Lippe bei einem 18jährigen jungen Manne, von G. J. Johnston. (*Brit. med. Journ.* 8. Okt. 1898.) Weihnachten 1896 bekam der jugendliche Patient, der schon seit einiger Zeit, wenn auch nicht viel, die Pfeife rauchte, eine kleine Wunde auf der linken Seite der Unterlippe, nahe dem Mundwinkel. Die Wunde wurde zu Hause mit etwas Salpeter eingerieben, einige male auch mit Karbollösung behandelt, wollte jedoch nicht zuheilen. Bei der Besichtigung durch den Verfasser war die erkrankte Partie pfennigstückgrofs, von einem etwas erhabenen, schwach entzündeten und sich hart anfühlenden Rande umgeben. Der Boden des Geschwürs war vertieft und von einer Schuppe bedeckt. Die Submaxillardrüsen waren nicht vergröfsert. Die mikroskopische Untersuchung des excidierten Gewächses bestätigte die klinische Diagnose. Der Kuriosität halber erwähnt Verfasser, dafs er 14 Tage später einen 17jährigen jungen Mann mit einem Tumor der linken Brust in Behandlung bekam. Der mit der erkrankten Brust gleichzeitig entfernte Tumor erwies sich als ein Adenocarcinom. Verfasser beabsichtigt über diesen Fall noch ausführliche Mitteilungen zu machen.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Pagets Disease von 13jähriger Dauer ohne carcinomatöse Degeneration der Brustdrüse, von MASLAND und BABCOCK-Philadelphia. (*Internat. med. Magaz.* Febr. 1899.) Eine 55jährige Patientin, deren drei Brüder und zwei Tanten an Tuberkulose gestorben sind, während die Familie, davon abgesehen, durch besonders hohes Alter ausgezeichnet ist, erkrankte vor 13 Jahren an dem Leiden, dessentwegen sie heute bei MASLAND in Behandlung steht. Die Frau war nie schwanger gewesen, hatte auch nie an Sexualerkrankungen gelitten. Der Beginn ihrer Krankheit bestand in einem kleinen Schorf an der rechten Brustwarze, der durch Kratzen verletzt wurde und Serum absonderte. Seit dieser langen Zeit hat Patientin viele Ärzte konsultiert und vielerlei Medikamente angewandt. Nur die mildesten Salben konnte sie ertragen. Die Affektion nahm bald langsam, bald wieder einmal sehr schnell an Umfang zu. Auch stellten sich allmählich allerlei schmerzhafte Empfindungen, ja starke Schmerzen ein. Ein Teil der Läsion exulcerierte, die Brustwarze wurde zerstört und die Gegend des Warzenhofes ist niemals wieder zugeheilt. Die Axillardrüsen waren niemals ergriffen. Die vor 1½ Jahren stattgefundene Amputation der rechten Brust brachte der Kranken Heilung. — Die mikroskopische Untersuchung ergab Rundzelleninfiltration um einzelne Blutgefäße des Coriums, an einzelnen Stellen massenhafte Anhäufungen von solchen Zellen, die den papillären Charakter der Drüse zum Teil zerstören. Diese neugebildeten Zellen schließen solche von lymphoidem, epitheloidem und leukocytärem Typus ein. Das Rete mucosum zeigt unregelmäßige Verdickungen. Seine tiefliegenden Zellen haben geschwollene Kerne mit großen Vakuolen und Mitosen. Das Stratum granulosum ist deutlich ausgebildet und weist Schwellung seiner Zellen auf. Das Gebiet der ulcerierten Stellen der Affektion zeigt Granulationsgewebe ohne Papillen. Die pathologische Diagnose lautet auf papilläre Dermatitis und Obliteration der Drüsengänge und Acini. — Häufig tritt bei der Pagets Disease ein Übergang in Carcinom ein. Die Theorien bezüglich des ätiologischen Wesens der Krankheit sind genügend bekannt. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von multiplem Melanosarkom mit allgemeiner Melanose, von HENSEN und NÖLKE. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 62. Bd. 3. u. 4. Heft.) Der 21jährige Patient hatte einen faustgroßen, blauschwarzen Tumor am Halse, der ihm vom Arzte exstirpiert wurde; schon wenige Tage nach der Operation bildeten sich an den verschiedensten Hautstellen kleine blaue Flecke, die sich allmählich vergrößerten und zu kleinen dunklen Geschwülsten anwuchsen; gleichzeitig trat eine gelbbraune Verfärbung der Haut ein. Bei der Aufnahme war der ganze Körper übersät mit dunkelschwarzen Geschwülsten und nicht prominierenden schwarzen Flecken, die nach Rückbildung früherer Geschwülste entstanden waren; an vielen Stellen war die Haut durch tieferliegende Geschwülste vorgewölbt; der Urin war dunkelbraun gefärbt. Am Leberrand waren kleine Tumoren zu fühlen, die Milz war vergrößert, auch große Packete Lymphdrüsen waren nachzuweisen. Der Kranke starb an Erschöpfung. Die chemische Untersuchung ergab ein schwefelhaltiges Melanin. *F. Hahn-Bremen.*

TRAVALI berichtet **über einen Fall von multiplem Pigmentsarkom der Haut,** welcher durch subcutane Injektionen von Solutio arsenic. Fowleri geheilt wurde. (*Rif. med.* 1899. No. 34 u. 35.) *C. Müller-Genf.*

Bemerkenswerter Fall von multiplen Hautgewächsen als Folge der Einwirkung der Sonnenstrahlen, von A. M. SHEILD. (*Lancet.* 7. Jan. 1899.) Es handelte sich um einen 35jährigen, kräftigen Mann mit einer ursprünglich sehr blonden Hautfarbe, welcher in Südafrika 20 Jahre lang stets der Sonne ausgesetzt war und infolgedessen außer dem gewöhnlichen Eccema solare kleinere und größere meist

warzige Geschwülste am Gesicht acquirierte. Dieselben kehrten nach zweimaliger Abtragung wieder, und bei der Aufnahme war das Gesicht mit einer Unzahl schrotkorn- bis haselnufsgrofser, ganz wie maligne Neubildungen aussehender Geschwülste besetzt. Diagnose: Xeroderma pigmentosum Kaposi. Durch ausgiebige operative Entfernung der Neoplasmen wurde eine ganz wesentliche Besserung erzielt. Die mikroskopische Untersuchung ergab spheroidzelliges Carcinom von den Schweifsdrüsen ausgehend. *Philippi-Itzehoe.*

Im Verein St. Petersburger Ärzte (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 13) demonstrierte Petersen eine Patientin mit **Fibroma molluscum**; es fanden sich kleine Knötchen auf dem Rücken, vor allem aber an den Unterextremitäten; das Gesicht war verhältnismäfsig frei; von oben nach unten gehend nimmt die Verbreitung und die Gröfse der Geschwülste zu. E. von Bergmann macht auf die Pigmentflecke auf dem Rücken der Patientin aufmerksam; das Fibroma molluscum gehört ebenso wie die Elephantiasis neuromatosa zu den Rankenneuromen. *F. Hahn-Bremen.*

Molluscum fibrosum kompliziert mit Neurom, von T. Cawardine. (*Lancet.* 21. Jan. 1899. Path. Soc. Lond.) C. zeigte Lichtbilder von Schnitten von Molluscum fibrosum, welches durch ein grofses Neurom des äufseren Stranges des Plexus brachialis, sowie drüsenartige Tumoren, wahrscheinlich auch Neurome, in der Achselhöhle und der Leiste kompliziert war. Aufserdem zeigte die 25jährige Kranke ausgedehnte Pigmentierungen an verschiedenen Stellen am Körper; sie hatte über heftige lancinierende Schmerzen im Arm geklagt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte nach der Operation die Diagnose. *Philippi-Itzehoe.*

Über seltene Lokalisation von Fettgeschwülsten, von Dominik Pcysovac. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 3.) 1. Subaponeurotisches Lipom der Vola manus. Der bei der Operation als Lipom erkannte Tumor an Vola und Dorsum manus eines achtjährigen Knaben war wahrscheinlich im subaponeurotischen Fett der Vola entstanden und zwischen III. und IV. Metacarpus nach dem Dorsum durchgewuchert. Klinisch schien es sich um ein Hygrom zu handeln. Die Differentialdiagnose ist eingehend erörtert. — 2. Tiefes Lipom des rechten Vorderarms. Dasselbe war von dem auf dem Musculus pronator quadratus gelegenen Fette ausgegangen, hatte im Laufe der Zeit die Sehnen der Fingerbeuger auseinandergedrängt und war schliefslich zwischen Musculus palmaris longus und ulnaris internus, die tiefe Fascie vorwölbend, äufserlich sichtbar geworden. — 3. Tiefes Lipom des Halses, ausgehend von der gemeinsamen Gefäfs- und Nervenscheide: Der mannsfaustgrofse Tumor, ein Fibrolipom, hatte die Carotis und den Vagus verdrängt, ohne dadurch krankhafte Erscheinungen hervorzurufen. Heilung durch Operation. — 4. Retroperitoneal gelegenes Fibrolipom, ausgehend vom retroperitonealen Bindegewebe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über gutartige cystische Epitheliome der Bindehaut. (Epithelioma cysticum congenitum. — Dermoepitheliom nach Parinaud), von Best. (*Beitr. z. Augenheilk.* 37. Heft.) In der Haut kommen angeborene, cystische, gutartige Epitheliome vor: Syringoadenome und Akanthoma adenoides cysticum Unna („gutartige Epitheliome" Philippson; „gutartiges cystisches Epitheliom der Haut" Jaquet und Darier; „Epithelioma adenoides cysticum" Brooke). Ähnliche Tumoren sind auch in der Conjunctiva als Raritäten beobachtet. Die veröffentlichten wenigen Fälle werden kurz rekapituliert, ein neuer hinzugefügt. Er betrifft einen 14jährigen Knaben — es handelt sich stets um jugendliche Individua —, bei dem im dritten Lebensjahre

zuerst ein kleiner Fleck bemerkt war. Es bestand jetzt ein Tumor von 5—6 mm Breite und 10—11 mm Höhe, der am äufseren Hornhautrand sitzt, auf der Sklera nicht verschieblich ist (früher war er es). Die Farbe ist trüb gelblich, gallertig durchscheinend, die Oberfläche uneben, aber nicht exulceriert. Das Epithel ist an einer Stelle etwas weifslich, verdickt. Von unten und aufsen oben ziehen Gefäfse in die Geschwulst. — Exstirpation. Heilung. — Der mikroskopische Befund deckt sich mit dem von früheren Autoren festgestellten. Es finden sich Netze von Epithelzügen, deren Zwischenräume von reichlich vaskularisiertem Bindegewebe erfüllt sind. Epitheliomähnliche Epithelsprossen wandeln sich in Cysten um durch Degeneration der innersten Zellen. Die Wand der Cysten besteht also aus einer dicken Epithelschicht, der Inhalt zum gröfsten Teil aus desquamierten gequollenen Zellen. — Diese gutartigen cystischen Epitheliome sind abzutrennen von den Naevis und den Dermoiden; das Fehlen von Epidermispapillen, Haaren, Drüsen, Fett ist letzteren gegenüber charakteristisch. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Pathogenese des Keloids, von M. Wilms. (*Beitr. z. klin. Chir.* XXIII, 1.) Anschliefsend an zwei Beobachtungen von Keloid giebt der Verfasser eine übersichtliche Darstellung der Ansichten unserer bedeutendsten Autoren über diese Affektion und beantwortet dann auf Grund eingehender histologischer Untersuchungen die Frage nach dem Wesen, der Entwickelung und den Ursachen des Keloids. Schon die beiden Krankenbeobachtungen sind interessant. Der erste Patient zeigt ein ganz ausgedehntes multiples Keloid auf Brust und Leib, entstanden durch gelegentlich eines Selbstmordversuchs verursachtes Begiefsen und Verätzen mit Schwefelsäure. Das Krankheitsbild wird durch zwei Abbildungen dem Leser näher erläutert. Eine dritte Abbildung zeigt den mikroskopisch-histologischen Zustand des Keloids bei diesem Kranken. Entstand hier die Erkrankung als Narbenkeloid, so bietet der andere Fall ein Narbenkeloid nach Excision eines Spontankeloids. — Unna betrachtet das Keloid als ein auf die Cutis beschränktes, meist der Hauptgefäfsrichtung parallel laufendes, später zu einem rein kollagenen Gebilde auswachsendes Fibrom. Neben diesen mikroskopischen Merkmalen sind besonders charakteristisch für das Keloid sein begrenztes Wachstum und seine Recidivfähigkeit. Schütz meint, das Fehlen von elastischen Fasern spricht gegen Fibrom, das Recidivieren dagegen, dafs wir im Keloid eine einfache hypertrophische Narbe vor uns haben. Einen Unterschied zwischen spontanem und Narbenkeloid erkennt Schütz nicht an. Nach Ravogli ist das Keloid ein diffuses Fibrom. Er spricht mit Kaposi, Lewin u. a. den Negern eine besondere Disposition dafür zu. Das Wiederauftreten desselben beweist die angeborene Disposition. Nach Wilms' Untersuchungen beruht das Keloid auf einer Wucherung, die zwischen normaler Epidermis und Unterhautfettgewebe, also ausschliefslich in der Lederhaut liegt und ihren Zusammenhang mit den Gefäfsen des Coriums dadurch dokumentiert, dafs sie Ausläufer aussendet, welche die versorgenden Gefäfse begleiten. Die keilförmigen Ausläufer des Keloids sind keine wuchernden Ausbreitungen ins Nachbargewebe, sondern nur die verdickten, wurzelartig entspringenden Narbenzüge, die die Gefäfse begleiten. Was den ersten Fall anbetrifft, so zeigte sich, dafs die Stärke der Keloidentwickelung in direkter Proportion zur Stärke der Verätzung stand. Das Bindegewebe der Wucherung zeigt in dem peripheren Teil ein lockeres zellreiches, mehr centralwärts durch Bildung einer Intercellularsubstanz derberes Gewebe. Aus allem geht hervor, dafs die Bildung eines Keloids völlig der einer Narbe gleicht, aus der es zuweilen entsteht. Nur schichten sich um die Gefäfse dickere Lagen von Fibroplasten. Durch das weitere Auftreten kollagener Zwischensubstanz im Centrum der Wucherung resultiert schliefslich bei älteren Keloiden das Endstadium, in dem das Keloid nach Unna

ein rein kollagenes einheitliches Gebilde darstellt. Die Bildung des Kollagens ist wahrscheinlich durch eine vermehrte physiologische Thätigkeit der Bindegewebszellen bedingt. Es bildet sich Kollagen aber nur an Stellen, die auch in der Norm kollagene Fasern aufweisen. Auch nur dieser, in der Cutis Kollagenfasern enthaltende Narbenteil degeneriert keloid. Die Beschränkung im Wachstum, das Recidivieren an Ort und Stelle, sowie das Fehlen von Metastasen zwingt die Wissenschaft, mit der Einreihung der Affektion in die Geschwülste vorsichtig zu sein. Wenn das Keloid ein Fibrom ist, so muſs die Thatsache des Recidivierens stutzig machen. Wohl erklären läſst sich aber dieses Factum, wenn man eine gesteigerte Thätigkeit und Vermehrung gewisser Zellen annimmt und verantwortlich macht, zu der eine gewisse Disposition nötig ist. Daſs gewisse äuſsere Reize noch hinzukommen müssen, geht daraus hervor, daſs bei einem Individuum nicht sämtliche Narben keloid zu entarten brauchen. Das spontane Keloid ist nach neueren Ergebnissen auch ein Narbenkeloid, bei dem nur eine mit Erhaltung der Epidermis vergesellschaftete Cutisverletzung vorliegt. Quoad therapiam gilt jedes Keloid als ein Noli me tangere.

Hopf-Dresden.

In der Gesellschaft der Ärzte in Wien stellte Ullmann einen Fall von **multiplem Hautangiom** vor. Bei der 49jährigen Frau war zuerst vor 6 Jahren eine Reihe von kavernösen Angiomen aufgetreten; dieselben hatten die Form punkt- bis strichförmiger Geschwülstchen, waren dunkelviolett bis schwarz gefärbt und von einer sehr dünnen Haut bedeckt und gaben oft zu venösen schwer stillbaren Blutungen Veranlassung. Im Laufe der nächsten Jahre bildeten sich ferner rundliche tiefliegende, sowie zahlreiche oberflächlich sitzende Geschwülste, die teilweise wallnuſsgroſs wurden und ebenfalls den Charakter von Angiomen bezw. Kavernomen hatten. In diesen Knoten kam es späterhin unter phlegmonösen Erscheinungen zur Vereiterung, wodurch das Bild einer subakuten Pyämie hervorgerufen wurde. Einmal trat auch Hämoptoe auf, wahrscheinlich infolge eines Kavernoms im Bereiche der Bronchialschleimhaut. Einzelne Knoten muſsten wegen heftiger Blutung exstirpiert werden.

Göts-München.

Ein Fall von Lymphangioma manus multiplex (Wegner), von Josef Preindlsberger. (*Wien. klin. Rundsch.* 1899. No. 9.) Eine 32jährige Patientin hatte seit der Geburt eine Veränderung an der rechten Hand, die mit dem Wachstum der letzteren gleichen Schritt gehalten hatte. Der Handrücken ist verbreitert, die Haut braungelb pigmentiert. Der dritte und vierte Finger sind abnorm lang, wulstig verdickt, die Fingergelenke sind abnorm beweglich. Gewulstet ist auch die Haut des fünften Fingers. In der Palma finden sich zwei sackförmige, schlaffe Wölbungen, die durch eine quere tiefe Furche voneinander getrennt sind. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daſs es sich um eine Lymphgefäſsgeschwulst ohne Cysten handelte. Das abnorme Fingerwachstum und die Schlaffheit der Gelenke sind besonders bemerkenswert. Es handelt sich um eine kongenitale Miſsbildung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Diabetes mit Bronzefärbung der Haut, zugleich ein Beitrag zur Lehre der allgemeinen Hämochromatose und der Pankreasschrumpfung, von W. Anschütz. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 62. Bd. 5. u. 6. Heft.) Die sehr umfangreiche Arbeit basiert auf der interessanten Krankengeschichte eines alten Potators, der seit 13 Jahren an Icterus litt, die Zeichen beginnender Lebercirrhose bot und allmählich ganz dunkel bronzefarbig wurde; 1/4 Jahr vor seinem Tode Diabetessymptome. Die Einzelheiten der Arbeit interessieren uns nicht. Verfasser erklärt das seltene Krankheitsbild als einen Diabetes mellitus, bedingt durch die Pankreas-

erkrankung; die schweren Organveränderungen verdanken ihren Ursprung Pigmentablagerungen, welche durch eine Hämolyse bedingt sind. Deren Ursache ist unbekannt. Die allgemeine Hämochromatose wird durch eine Erkrankung des Blutes ebensowohl wie durch eine der Zellen der meisten Organe verursacht; die Zellen können ungeheure Massen von Blutkörperchenzerfallprodukten unter unbekannten Einflüssen festhalten, bis sie schliefslich einer langsamen Degeneration verfallen. In den Organen, in welchen Degenerationen am ausgedehntesten auftreten, kommt es zu einer Art reaktiver Entzündung. *F. Hahn-Bremen.*

Behandlung der ADDISONschen Krankheit, von PLICQUE. (*Presse méd.* 4. Jan. 1899.) Die Behandlung des Morbus Addisonii erfordert eine Rücksichtnahme auf die verschiedensten Symptome der dunklen Erkrankung, deren drei wichtigste die Schwäche, die Schmerzen und die gastro-intestinalen Störungen ausmachen. Erstere beruht auf einer Vergiftung durch Muskeltoxine. Um diese auf ein Minimum zu beschränken, ist absolute Ruhe nötig. Am empfehlenswertesten verbindet man damit Zufuhr frischer Luft, was beides ein Landaufenthalt bietet. Auf die Ernährung ist ebenfalls gröfstes Gewicht zu legen. Die notwendige Überernährung scheitert oft an Störungen renaler und intestinaler Eliminationsfähigkeit. Absolute Milchdiät ist am empfehlenswertesten, 5—6 Liter pro Tag. Daneben vielleicht besonders nach längerer Milchkur Eigelb, Gemüsepulver, leichtes Fleisch, Fisch; ferner Austern, Gehirn, Mark, Leberthran, Butter u. a. je nach individueller Bekömmlichkeit. Abgesehen von der Nahrung, thun zuweilen sehr gute Dienste: Sauerstoffinhalationen, epigastrische Reizungen, galvanischer und faradischer Strom, galvanische Bäder, Schwefelbäder (Kaltwasserkuren sind kontraindiziert), Arsenik und Strychnin in mäfsigen Dosen. Gegen die Schmerzen Antipyrin, Salicylsäure und Morphium, wenn externe Mittel ohne Erfolg geblieben sind. Spezifisch wirken die Tabletten aus Nebennierensubstanz von Kälbern, die man subcutan oder per os darreichen soll. Per os kann man bis 0,4 g täglich geben. Behufs subcutaner Injektion löst man 10 g Nebennierenkapselmasse in gleichen Teilen 30%igen Glycerins auf (24 Stunden macerieren lassen). Man fügt 5 g gekochtes Wasser zu, das im Verhältnis von 25 g zu 1 Liter mit Kochsalz versetzt ist, sterilisiert das Ganze unter einer Kohlensäureatmosphäre, nach vorhergegangener Filtrierung durch Papier. Von dieser Lösung injiziert man täglich 1—2 ccm in den gleichen Mengen gekochten Wassers gelöst. Selbst sterile Lösungen unter aseptischen Bedingungen dem Körper einverleibt rufen aber bei den an ADDISONscher Krankheit Leidenden zuweilen heftige Nervenschmerzen hervor.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Melanosis lenticularis congenita, von LOUIS POPPER. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 4.) Ein 21jähriger Soldat hat seit seiner Geburt am ganzen Körper, mit Ausnahme des Kopfes, der Ellenbogen und Kniebeugen, der Oberarm- und Patellargegend, der Genitalien, der Hände und Füfse, zahlreiche, dicht angeordnete, bis linsengrofse, scharf umschriebene Flecke, die stellenweise konfluieren, gelblich- bis rotbraun gefärbt sind. Nur die dunkelbraunen Flecke sind über der Haut etwas erhaben, die anderen sind glatt. Die Flecke sind nur parallel dem Körperwachstum gröfser geworden. — Histologisch findet man starke Pigmentvermehrung im Rete, weshalb der Prozefs nicht als Naevus aufgefafst wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Regressive Ernährungsstörungen.

Beitrag zur Behandlung der Hämorrhoiden mit Injektion von Karbolglycerin, von H. Dublacher. (*Inaug.-Dissert.* Kiel, 1898.) Verfasser berichtet über 15 in den letzten zwei Jahren in der Kieler chirurgischen Klinik mit Injektion von Karbolglycerin (Karbolsäure und Glycerin ā) behandelten Fälle von Hämorrhoidalknoten. Unter diesen 15 Fällen war dreimal ein völliger Mifserfolg zu verzeichnen, elfmal waren die Beschwerden nach der ersten, einmal erst nach der zweiten Operation dauernd beseitigt. — Demnach ist Verfasser im ganzen mit dem erzielten Erfolge sehr zufrieden. Wenn die Methode auch nicht mit absoluter Sicherheit jedesmal einen Heilerfolg brachte, zeitigte sie doch bei genügender Vorsicht im allgemeinen sehr schöne Resultate, da mehrere Patienten schon mehr als $1^1/_2$ Jahr ohne weitere Beschwerden geblieben sind. In der Mehrzahl der Fälle ist daher diese Therapie allen anderen Operationsweisen vorzuziehen. *I. Bloch-Berlin.*

Hämorrhoiden, ihre Ursache und Behandlung, von O. L. Jones. (*Amer. Pract. a. News.* Vol. 27. No. 27. 1. Febr. 1899.) Die Ursache der Hämorrhoiden sieht Verfasser in einer primären Varikosität des Hämorrhoidalplexus, gefolgt von Entzündung und Infiltration. Die Behandlung mufs chirurgisch sein; kalte Waschungen etc. lindern wohl die Beschwerden, ohne das Übel zu beseitigen. Karbolinjektionen verwirft er; Abbinden und Kauterisation liebt er weniger; er bevorzugt Excision und Naht. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung von Hämorrhoidalzuständen mit Zymoidin-Rosenberg, von Freudenberg-Dresden. (*Frauenarzt.* Febr. 1895.) Geradezu enthusiastisch spricht sich F. über dieses aus nicht weniger als 17 Arzneikörpern zusammengesetzte Mittel auf Grund von zwei Fällen von Hämorrhoiden aus, bei denen alle möglichen äufseren Mittel die hochgradige Empfindlichkeit des Afters und seiner Umgebung nicht zu mildern vermochten. Die Salbe, in ausgehöhlten Suppositorien eingeführt, beseitigte „unglaublich rasch und vollständig a l l e subjektiven und e i n e n Teil der objektiven Beschwerden (Rückgang der Schwellung, Heilung der Mastdarmschrunden)." Auch bei stark juckenden Ekzemen soll Zymoidin ausgezeichnete Dienste leisten. Zu beziehen durch Gehe & Co. *A. Strauſs-Barmen.*

Plötzliches Ergrauen der Haare, von Moritz Schmidt-Frankfurt a. M. (*Virch. Arch.* Bd. 156. Heft 1.) Moritz Schmidt giebt ganz kurz Kenntnis von einem 36jährigen Tagelöhner, der vor acht Jahren ums Haar von einem Eisenbahnzuge überfahren worden wäre und an welchem infolge des Schreckens am anderen Morgen zwei weifse Stellen entdeckt wurden. Die neu entstandenen Flecken haben sich bis heute in gleicher Gröfse erhalten. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Lichen atrophicus und Vitiligo, von W. Oerbäk. (*Nord. med. Ark.* 1899. No. 5.) Verfasser beschreibt bei einem neuropathischen Individuum einen Fall, der 10 Jahre bestanden hat. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurde Verdickung der obersten Epidermislage mit Atrophie der Chorionpapillen gefunden. Inokulation eines Epidermisstückes gab negatives Resultat. Verfasser schliefst sich der Anschauung an, Lichen und Vitiligo als Dermatosen auf nervöser Basis anzusehen. *O. Jersild-Kopenhagen.*

Zur Kasuistik der Sklerodaktylie, von S. Kalischer. (*Wien. klin. Rundsch.* 1899. No. 5.) Bei einem 40jährigen Kaufmann stellte sich allmählich eine Rötung und Schwellung der Finger ein; dieselben wurden steif und schwer beweglich. Die rote Haut wurde mit der Zeit glatt, faltenlos, glänzend, dünn, lag straff gespannt den

Knochen an. Die Volarfläche der Hand war prall, geschwollen, induriert, eleviert. Die wenig beweglichen Finger standen flektiert, am stärksten in dem Gelenk zwischen der ersten und zweiten Phalanx. Die Knochen der Finger erscheinen verkürzt, die Endphalangen zugespitzt. Das Strecken und Beugen der Finger ist auch passiv sehr wenig möglich. Dagen gingen Abduktion und Adduktion aller Finger, wie Flexion, Extension und Opposition am Daumen gut von statten. Die Nägel zeigten eine starke Längsriffelung. Ähnliche Veränderungen bildeten sich, wenn auch schwächer, an den Endphalangen der Zehen; nur die Nägel zeigten hier stärkere anomale Beschaffenheit. Sensibilitätsstörungen der Haut an den veränderten Teilen bestanden nicht; auch der Leitungswiderstand war normal. — Es handelt sich um eine Sklerodaktylie, deren Beziehungen zur Sklerodermie, Diagnose etc. Verfasser näher erörtert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Sklerema neonatorum, von E. A. Wilkes. (*Brit. med. Journ.* 8. Okt. 1898.) Ein neugeborenes Kind zeigte gleich bei der Geburt eine dunkelrote, überall indurierte, gespannte, nicht in Falten aufhebbare Haut. Die Beweglichkeit der Gelenke war herabgesetzt. Die Handteller und Fufssohlen zeigten ein purpurrotes Aussehen und waren so gespannt, dafs die Finger resp. die Zehen fast gar nicht bewegt werden konnten. Die Rigidität der Lippen verhinderte das Saugen, sodafs dem Kinde die Nahrung mit einem Löffel beigebracht werden mufste. Vierzehn Tage nach der Geburt starb das Kind an Marasmus. Kurz vor dem Tode traten an verschiedenen Körperstellen Pusteln auf, während die vorher rote Farbe der Haut in ein schmutziges Gelb überging.

C. Berliner-Aachen.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (ref. *Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 14) stellte Bloch einen Fall von **Sklerodermie** vor, seit sechs Monaten bei einem sechsjährigen Knaben bestehend. Die Erkrankung hat das ganze rechte Bein ergriffen, die Haut ist narbenförmg induriert, trocken, anscheinend verdünnt, teilweise abschilfernd; die darunter liegenden Muskeln und Knochen sind atrophisch. Im Anschlufs daran stellte Adler ebenfalls einen Fall von **Sklerodermie der unteren Extremitäten** vor, der, seit fünf Jahren bestehend, das atrophische Endstadium der Erkrankung demonstriert. Die Haut ist narbig eingezogen und liegt dem Femur fest an; die Sehne des Quadriceps ist geschrumpft und mit Haut und Knochen verlötet, sodafs die Bewegungen des Kniegelenks behindert sind.

F. Hahn-Bremen.

Über die Behandlung der Gangrän bei Diabetes, von Gussenbauer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 12.) Der diabetische Brand ist niemals etwas Primäres, sondern eine Folgeerscheinung einer lokalen Gewebsentzündung, sei es ein Furunkel, ein Karbunkel, ein Ulcus cruris, ein nässendes Ekzem, eine Kontusionswunde, eine Verletzung an den Zehen. Die Gangrän ist immer nur eine Komplikation, keine notwendige Folge der Glykosurie. Die Behandlung der Gangrän mufs einsetzen mit der Einleitung eines antidiabetischen Regimes; gelingt es nicht, die Melliturie herabzusetzen, dann ist die Prognose, selbst wenn es der Ausbreitung des Brandes Einhalt zu gebieten gelingt, eine bedenkliche, da Koma sehr leicht zutritt. — Gegen die Karbunkel geht Verfasser operativ vor, indem er nach einem Sternschnitt alles nekrotische Gewebe entfernt. Die Heilung geht gut von statten. Bei sonstigen Fällen diabetischer Gangrän mufs auch das kranke Gewebe eliminiert werden, aber in verschiedener Weise je nach dem Befunde an den Arterien. Ist bei Fufsgangrän der Puls in der Arteria poplitea, tibialis antica et postica, pedica zu fühlen und die Gangrän beschränkt, dann entfernt man die nekrotischen Teile, spaltet die umgebenden Weichteile bis in die Tiefe, nimmt alles Kranke an Fascien und Sehnen heraus.

Sind aber Erscheinungen einer Embolie resp. Thrombose vorhanden, oder besteht ein hoher Grad von Endarteritis chronica deformans, ist der Puls in der Arteria tibialis nicht fühlbar, dann kann es sich nur um die Amputation handeln. Wie hoch diese vorzunehmen ist, entscheidet der Puls und die Ausbreitung des Prozesses. Wo die Gangrän den Fuſs überschritten hat, Lymphangitis und Periphlebitis bis auf den Oberschenkel ausgebreitet sind, ist die Prognose eine sehr ungünstige. — Durch ausführliche Krankengeschichten erläutert Verfasser seine Ausführungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Spontangangrän im Kindesalter, von Zuppinger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 13.) Ein fünfjähriges Kind erkrankte an croupöser Pneumonie. Zwei Tage nach der Krisis stellten sich bei vollkommenem Wohlbefinden Schmerzen im rechten groſsen Zeh ein. Diese leiteten eine Gangrän des rechten Fuſses, des linken Fuſses und der unteren Hälfte des linken Unterschenkels, des rechten Knies und Ellenbogens, der Haut über dem rechten Schulterblatte und einem Teil der unteren Rückenhälfte, sowie einen Bauchdeckenabscefs ein. Der linke Fuſs muſste amputiert, Teile des rechten entfernt werden; alles übrige heilt unter Granulationsbildung. — Verfasser schlieſst hieran eine Rekapitulation der Fälle von Spontangangrän im Kindesalter, wie sie in der Litteratur zu finden sind, an: Darunter sind solche nach croupöser Pneumonie, Typhus abdominalis, Typhus exanthematicus, Recurrens, Influenza, Masern, Scarlatina, Cholera, Erysipel, Diphtherie, Tuberkulose. Auch Kontusion des Thorax, erschöpfende Darmleiden, Lues hereditaria haben Gangrän schon nach sich gezogen. — Manche Fälle haben den Charakter der Raynaudschen Krankheit. — In einzelnen Fällen fehlt jede Gelegenheitsursache; in anderen sind es Hirn- und Rückenmarksleiden. — Bezüglich des weiteren verweise ich auf die Arbeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kasuistik der Gangraena cutis, von Erhard Riecke. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 14.) Vier Fälle artifizieller Gangrän aus der Riehlschen Klinik werden berichtet. Ein Dienstmädchen zeigte am Vorderarm disseminierende, länglichrunde, zackige Substanzverluste, meistens speckig-eitrig belegt, teilweise granulierend. Dabei mäfsige Entzündungserscheinungen, lebhafte Schmerzempfindlichkeit. An einigen Stellen des Vorderarms sind bereits Narben sichtbar, an anderen Bläschen und Pusteln regellos zerstreut. Die Veränderungen sind durch Einreibung mit konzentrierter Kochsalzlösung erzeugt. — Bei zwei befreundeten Schulmädchen sind die Hautzerstörungen durch Kratzen und Einreiben von grüner Seife und Essigwasser erzeugt. Der vierte Patient mit ähnlichen Veränderungen verweigert jede Angabe über die applizierte Noxe. — Als Verdachtmomente für artifizielle Entstehung führt Verfasser an: unregelmäfsige, zackige Umrandung der durch normale Hautinseln oft eingebuchteten Herde; deren weder an Gefäfs- noch an Nervenverlauf gebundene Anordnung, die verschiedene Tiefe der Substanzverluste, die Verschiedenheit der Entwickelungsstadien der einzelnen kranken Stellen, von Herden abgehende verätzte Streifen. — Um zu prüfen, ob Kochsalzeinreibungen wirklich Nekrosen erzeugen können, machte Verfasser Selbstversuche. Er stellte fest, dafs nach vorausgegangener Verletzung der Epidermis koncentrierte Kochsalzlösungen Bindegewebsnekrose erzeugen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Spontane Gangrän bei einem Kinde auf Grund einer Gefäfserkrankung, von Goebel. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 63. Bd. Heft 1 u. 2.) Verfasser beobachtete ein 1½jähriges kräftiges Kind, bei dem, ohne erkennbare Ursache, eine Gangrän des linken Beines auftrat, die sich bald demarkierte; da aber von den Eltern jeder operative Eingriff verweigert wurde, starb das Kind. Bei der Sektion fand sich eine Thrombose der Arteria poplitea, aufsteigend bis zur Bauchaorta. Als Ursache der Thrombose konnte Ver-

fasser eine kleine, ca. 1 cm lange Stelle der Gefäfswand an der Teilungsstelle der Arteria poplitea finden; hier waren hügelige Erhabenheiten zu sehen, die aus fibrillärem kernarmen Gewebe bestehen, welches durch die elastische Innenhaut von der Media getrennt ist; diese selbst ist auffallenderweise vaskularisiert; das Gewebe der Erhabenheiten besteht aus elastischen Fasern. Man mufs annehmen, dafs durch ein Trauma ursprünglich eine Verletzung der elastischen Innenhaut zu stande kam.

F. Hahn-Bremen.

Über die Natur des Lupus erythematosus, von Boeck. (Brit. med. Assoc.) Der Verfasser hält den Lupus erythematosus nicht für einen lokalen Prozefs, sondern für eine eruptive entzündliche Erkrankung, deren Lokalisationen von den vasomotorischen Centren der Haut bestimmt werden und deren Ursache die Tuberkulose ist. Die wichtigsten pathologisch-anatomischen Veränderungen sind die vasomotorische Dilatation der Blutgefäfse, sekundäre Vergiftung der Gewebszellen und Entzündung, wobei das Gewebe oft atrophiert, selten nekrotisiert. (Nach *Wien. med. Blätt.* 1898. No. 42.)

Götz-München.

Zwei Fälle von Lupus erythematodes faciei, von Heuss-Zürich. Der eine betrifft ein 18jähriges Mädchen, bei dem die Affektion unter Hinterlassen grofser brauner, jeder Behandlung trotzender Pigmentflecken heilte. Im Allgemeinbefinden (keine Tuberkulose, Chlorose, Unterleibsleiden etc.), im Teint (die Patientin war Blondine) oder in der Therapie (Sapo vir., Resorcin, Hg-Pflaster, kein Arsen) konnte die Ursache dieser Pigmentation nicht gefunden werden. — Im zweiten Falle handelte es sich um eine 38jährige Frau, bei der die Dermatose unter Resorcin und Pyrogallol fast vollständig abheilte. Als zufälliger Befund wurden bei der Frau auf Rücken und Schultern neben blafsblauroten Flecken zahlreiche narbenähnliche weifsliche Flecken konstatiert, die sich gleich lochförmigen Defekten in der Haut anfühlen. Mikroskopisch wurden neben entzündlichen Erscheinungen am Rande der affizierten Stellen nur eine vollständige circumscripte Atrophie des elastischen Gewebes nachgewiesen, (Atrophia maculosa cutis-Jadassohn.) (*Corresp. f. Schweiz. Ärzte.* 1899. No. 1.)

C. Müller-Genf.

Behandlung des Lupus erythematosus, von Hebra. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 1.) Als neue Behandlungsmethode empfiehlt Hebra auf Grund günstiger Beobachtungen an sechs Fällen das möglichst häufige Auftragen von Alkohol mittelst Verbandwatte. Es handelt sich offenbar um eine Kältewirkung und Wasserentziehung, da die kranke Fläche blasser wird. Der Erfolg kann beschleunigt werden, indem man dem absoluten Alkohol Schwefeläther und Spiritus menthae piperitae zu gleichen Teilen zufügt. Vor gleichzeitigem Gebrauch der Seife glaubt Verfasser warnen zu müssen. — Am überraschendsten war das Schwinden des Lupus erythematosus bei einem akuten Falle, bei dem die Röte das ganze Gesicht einnahm und sich auf Hals und Brust ausbreitete. In vier Wochen war unter Alkoholbehandlung alles geschwunden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung von Lupus erythematodes durch interne Darreichung von Jodoform, von H. H. Whitehouse. (*New York med. Journ.* 4. Febr. 1899.) Eine 52jährige unverheiratete Dame war 3 Jahre lang wegen Lupus erythematodes am Kopf, Gesicht, Rücken, der Brust und den Armen von namhaften Spezialisten mit geringem Erfolg behandelt worden. Verfasser wandte erst 2½ Monate lang ein Waschwasser an: Rp. Zinc. sulph., Kal. sulph. und Sulph. praecip. ā 4,0 Aq. dest. 120,0, ohne irgend welche Wirkung zu erzielen. Alsdann gab er, nachdem die Diagnose in einer Sitzung der New York Dermatological Society bestätigt worden war, nach jeder Mahlzeit eine Pille mit 0,06 Jodoform. Während der ersten 14 Tage trat eine er-

hebliche entzündliche Reizung der Läsionen ein, aber 3 Monate nach Beginn dieser Behandlung war die Haut völlig rein, und es ist seither, 4 Monate lang, bei fortgesetzter Darreichung des Mittels kein Recidiv eingetreten. *Philippi-Itzehoe.*

Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Röntgenstrahlen, von SCHIFF. (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* II. Bd. 4. Heft.) Verfasser konnte einen sehr ausgedehnten Fall von Lupus erythematodes beobachten, der beide Backen, Stirn, Kinn, Ohrmuscheln befallen hatte; er behandelte die linke Backe mit Röntgenstrahlen; nach der beigelegten Abbildung ist das erreichte Resultat in der That ein vorzügliches. *F. Hahn-Bremen.*

Endemisches Auftreten der Alopecia areata, von LEOPOLD EHRENHAFT. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1899. No. 12.) Vor 10 Jahren beobachtete Verfasser in einem Kinderasyl ein gleichzeitiges Auftreten von Alopecia areata bei 16—18 Kindern. Nach 3—4 Monaten war die Massenerkrankung geschwunden. Vor wenigen Monaten brach eine neue Epidemie aus, wobei von 38 Kindern 17 ergriffen wurden. Beide Male waren hauptsächlich die Knaben betroffen; bei der letzten Epidemie waren 15 von den 17 Kindern Knaben. — Es waren stets mehr oder weniger zahlreiche kahle, ganz glatte Stellen vorhanden. Bei einer Untersuchung der Kinder aus der öffentlichen Volksschule, welche die Kinder des Asyls besuchten, wurden weitere zehn Fälle von Alopecia areata gefunden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Alopecia areata und Seborrhoe, von LESLIE PHILLIPS. (*Brit. med. Journ.* 26. Febr. 1898.) Bei der 40jährigen Patientin besteht seit 8 Jahren intensive Seborrhoe des Kopfes und des Körpers. In der letzten Zeit gesellte sich Alopecia areata hinzu. Die Koexistenz von Seborrhoea und Alopecia areata ist im allgemeinen nicht sehr häufig. *C. Berliner-Aachen.*

Einen Fall von hochgradiger **Alopecia areata capitis** bei einem 10jährigen Kinde stellte HEUSS-Zürich in der Gesellschaft der Ärzte in Zürich vor. Auffallend ist die Verteilung des Pigments in Form eines Netzes, in dessen Maschen pigmentfreie Stellen liegen; keine Lues. (*Corresp. f. Schweiz. Ärzte.* 1899. No. 1.)

C. Müller-Genf.

Xeroderma pigmentosum, von BARELDT. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1898.) Der Patient ist jetzt $2^1/_2$ Jahre alt und zeigt im Gesicht, am Halse, an den Handrücken und Handgelenken, an beiden Vorderarmen eine runzelige, pergamentartige, sich abschilfernde Haut, die mit schmutzigbraunen, wie Sommersprossen aussehenden Flecken dicht besät ist. Die Naso-Labialfalten zeigen drei pigmentierte Knoten. Die Haut an anderen Stellen ist normal und kontrastiert scharf mit der erkrankten Haut. Die Krankheit begann im Sommer 1897, als das Kind $1^1/_4$ Jahr alt war. Bei der Geburt war dasselbe gesund. Eltern und Geschwister sind gesund. Der Einfluß der Sonnenstrahlen als ätiologischer Faktor ist in dem vorliegenden Falle vorhanden.

C. Berliner-Aachen.

Einen Fall von Atrophia idiopathica progressiva cutis stellte RÓNA in der k. ungarischen Ärztegesellschaft vor. (Sitzung vom 12. Nov. 1898.) In der Litteratur sind bis jetzt drei ähnliche Fälle veröffentlicht, in all diesen Fällen war in erster Linie eine hochgradige progressive Atrophie der Haut der unteren Extremitäten vorhanden. BUCHWALDS Patient war 36 Jahre alt, als er in Beobachtung kam, das Leiden begann im 20. Lebensjahre. TOUTONS Patient war 57 Jahre alt und sein Leiden bestand seit 35 Jahren. Die 50jährige Patientin von POSPELOW bekam ihr Leiden im

17. Lebensjahre. — Die 75jährige Frau meldete sich auf seiner Abteilung mit ekzematösen Veränderungen, welche teilweise das klinische Bild der Dermatomykosis marginata zeigten. Nebst diesen war hochgradige Atrophie der Haut der rechten oberen Extremität vorhanden, von der Sehne des M. deltoideus bis zur zweiten Phalanx der Finger ist die Haut in allen ihren Gewebsschichten hochgradig atrophisch, aufserordentlich dünn, welk, in feinen Fältchen stehend und trocken. Auf zahlreichen Stellen blaurötlich livid, auf den übrigen Stellen blafs, narbenartig, von ihrer Unterlage mehrere Centimeter verschiebbar, in welchem Zustande dieselbe eine zeitlang verbleibt. Die Atrophie ist am stärksten auf dem Handrücken entwickelt, medialwärts an Dicke zunehmend, woselbst dieselbe mit einer scharfen Grenze in die gesunde Haut übergeht, die Haare schütter, subjektive Beschwerden sind nicht vorhanden. Auf der anderen oberen Extremität ist auch Atrophie vorhanden, aber bei weitem nicht in dem Mafse. Die übrige Hautdecke ist wegen der ekzematösen Veränderungen nicht genau zu bestimmen. Das Centralnervensystem zeigt keine Abnormität, die Kniereflexe sind etwas gesteigert, die Hautempfindlichkeit ist etwas vermindert, Temperatur, Tastempfindung und Schweifsabsonderung normal. — Die Diagnose ist im jugendlichen oder im mittleren Alter sehr leicht, nicht so im Greisenalter, da differentialdiagnostisch die senile Atrophie in Anbetracht gezogen werden kann; jedoch ist bei der senilen Atrophie die Atrophie nicht partiell, nicht scharf abgegrenzt, die Haut nicht narbenartig weifs, oder fahl oder cyanotisch und erreicht nie diesen hohen atrophischen Grad. *A. Alpár-Budapest.*

Über akute Erkrankungen der Haut und der Schleimhaut des Mundes im Anfangsstadium des Myxödems etc., von R. Kirk. (*Lancet.* 4. März 1899.) Die eine Patientin, 39 Jahre alt, ledig, Schwester einer Cretine, welche in stark geschwollenem Zustand zu Grunde gegangen war, kam mit einer intensiven entzündlichen Schwellung der Lippen, Zunge, Uvula und der Umgebung des Mundes in Behandlung. Eine ähnliche, leichtere Attacke war acht Tage zuvor aufgetreten, war aber binnen 24 Stunden spontan wieder verschwunden. Unter Darreichung von frischer Schafsschilddrüse resp. von Extrakt heilte die Affektion in einigen Tagen völlig ab. Vor der Attacke waren einige allerdings nicht sehr ausgesprochene Erscheinungen von Myxödem bemerkt worden, und die Schilddrüse war auf der linken Seite besser entwickelt als rechts, wo Patientin vor längerer Zeit etwa ein Jahr lang fortwährend ein Stechen gefühlt hatte. Die Dermatitis scheint aber durch das Berühren und Kauen der Blüten und Blätter von Primula obconica hervorgerufen worden zu sein. — Die zweite Patientin, 36 Jahre alt, ledig, längere Zeit wegen allgemeiner Schwäche und einzelner hysterischer Symptome ohne viel Erfolg behandelt, besserte sich auch erst, als nach dem Eintreten deutlicherer Myxödemerscheinungen die Schilddrüsenbehandlung eingeleitet wurde. Sie hatte auch über Schmerzen in der Kehlkopfgegend geklagt und die Thyreoidea war atrophisch. Sie hatte auch viermal Gesichtserysipel durchgemacht und einmal trat eine eigentümliche Affektion wie Urticaria oedematosa am Gesicht auf. *Philippi-Itzehoe.*

Myxödem bei einem Kinde, von Bertram Abrahams. (*Brit. med. Journ.* 4. Nov. 1898.) Der Patient ist ein siebenjähriges Mädchen, das bis zum fünften Lebensjahre nicht gehen konnte. Mit 6½ Jahren wurde sie plötzlich fett; ihre Zunge wuchs enorm; in 10 Wochen war sie vollkommen hilflos wie ein kleines Kind, dem man die Nahrung beibringen mufs. Die Behandlung mit Thyreoidextrakt führte eine wesentliche Besserung herbei. Das Körpergewicht sank innerhalb von 30 Tagen von 44 auf 38 Pfund. Die Patientin war im stande, sich freier zu bewegen und zur Schule zu gehen. Als die Eltern die Behandlung unterbrachen, kehrten die früheren

Erscheinungen zurück. Das Myxödem entwickelte sich bei der Patientin, nachdem dieselbe von Kindheit an Symptome von Kretinismus gezeigt hatte. Der Puls vor Einleitung der Schilddrüsenbehandlung betrug nur 66; nach Beginn der Behandlung stieg er auf 108. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von infantilem Myxödem, behandelt mit Thyreoidea, von Schiele. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 18.) Die 13jährige Patientin war bis zu ihrem zweiten Lebensjahre gesund; dann erkrankte sie mit starker Dickenzunahme, die Intelligenz blieb zurück, im achten Jahre entwickelten sich die Mammae und die Schamhaare, die Menstruation trat ein; die eingeleitete Schilddrüsenbehandlung (dreimal täglich 0,3 bis steigend 2 g der getrockneten, pulverisierten Drüsensubstanz) brachte das Körpergewicht erheblich herab, ohne krankhafte Störungen zu verursachen; leider trat aber eine Besserung der geistigen Fähigkeiten nicht ein.

F. Hahn-Bremen.

Über die Behandlung des Myxödems mit einem neuen Schilddrüsenpräparat (Thyroglandin), von W. Mac Lennan-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 9. Juli 1898.) Die 49jährige Patientin litt seit vielen Monaten an Myxödem. Im Juni 1898 wurde die Behandlung mit roher Schilddrüse begonnen. Vier Drüsen wurden wöchentlich verabreicht. Schon nach zwei Wochen trat eine bedeutende Besserung in dem Befinden ein. Die Schlaflosigkeit verschwand, die Dyspnoe war weniger stark, die Kälte der Extremitäten geringer, das Ödem der Arme und Beine verminderte sich ein wenig. Nach zwei Monaten war das Körpergewicht heruntergegangen. Um die schwer zu beschaffende und teure rohe Schilddrüse zu ersetzen, wurde der Versuch mit „Thyroglandin" gemacht. Der Erfolg war ein aufserordentlich günstiger.

C. Berliner-Aachen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Einige bei der Urinuntersuchung oft unbeachtete Punkte, von Reed-Philadelphia. (*Internat. med. Magaz.* Febr. 1899.) Bei chronischen Krankheiten der Harnwege genügt es nicht, den Urin auf Eiweifs oder Zucker zu untersuchen, sein spezifisches Gewicht festzustellen, mit einem Worte nur die allergebräuchlichsten Nachforschungen vorzunehmen. Denn um nur ein Beispiel herauszugreifen, kann trotz Fehlens von Eiweifs und Cylindern doch eine kranke Niere vorhanden sein. Reed verlangt, dafs eine exakte Urinuntersuchung folgende Fragen erledigt: Menge, Farbe, Reinheit, Geruch, Reaktion, spezifisches Gewicht, Eiweifs, Zucker, Sediment, Indikan, procentualer Säuregehalt, Totalsumme binnen 24 Stunden ausgeschiedener fester Körper und besonders der Harnsäure. In Reeds Laboratorium wurden viele Hunderte von Urinanalysen ausgeführt. Nur zweimal wurde Eiweifs, einmal Zucker festgestellt, aber in der Hälfte der Fälle ein Übermafs von Indikan. Letzteres ist meist die Folge von excessiver Darmfäulnis, in deren Begleitung durch Autointoxikation allerlei nervöse Symptome auftreten; ferner kommt es bei allen Tuberkulösen, bei Pleuritis und Peritonitis, sowie bei allerlei Digestionsstörungen, besonders der Kinder vor. — Für die einzelnen Untersuchungen auf Indikan, Totalsumme der festen Körper, gesamte Säure und Harnsäure giebt Reed folgende Vorschriften: Indikan: zu 3,75 g reiner konzentrierter Salzsäure in einem Reagensgläschen 30 Tropfen Urins zusetzen. — Das Ganze schütteln. Bei Indikangegenwart entsteht eine rotblau-violette Färbung nach 1—2 Minuten. Minimale Spuren zeigen sich erst bei Zusatz von 1—3 Tropfen rauchender Salpetersäure. — Feste Körper, die innerhalb 24 Stunden von den

Nieren ausgeschieden werden: Urin von 24 Stunden sammeln. Die Anzahl der Unzen (!) mit den zwei letzten spezifischen Gewichtszahlen des Gesamttagesharnes multiplizieren und zum Produkt ein Zehntel desselben hinzufügen. (Referent bleibt der Übersichtlichkeit halber bei der Unzenrechnung des Verfassers.) Bei einer Harnmenge von 50 Unzen während 24 Stunden und einem spezifischen Gewicht von 1,020 der Tages und Nachtmischung wäre die Rechnung folgende: $50 \times 20 = 1000$. Dazu $^1/_{10}$ von Tausend giebt 1100. Diese Zahl soll nach Verfasser ungefähr die Zahl der Grane ausgeschiedener fester Bestandteile ausmachen. (Unze = 30 g, Gran = 0,06 g; d. Ref.) — Harnsäure (Heintzsche Probe): Zu 200 ccm Harn füge 10 ccm Salzsäure und lasse die Mischung 24—48 Stunden kalt stehen. Sammle die ausgefällten Harnsäurekrystalle auf vorher gewogenem Filter und trockne Filter und Krystalle in warmem Raume. Durch Subtraktion des Filtergewichts erhält man das Gewicht der Harnsäure aus 500 ccm Urin. Vor Beginn der Probe mufs der Harn filtriert und vom Eiweifs befreit werden. Die Prüfung des Gesamtsäuregehalts des Urins ist zu kompliziert, als dafs deren Beschreibung in den Rahmen des Referats passen würde.

Hopf-Dresden.

Mifsbildung der Niere und des Ureters, von C. H. Whiteford. (*Brit. med. Journ.* 24. Sept. 1898.) Ein 65jähriger Mann war an Urämie gestorben. Bei der Sektion erwies sich die rechte Niere und der Ureter von eiterhaltigem Urin stark ausgeweitet; die Blase war hypertrophiert und sackförmig ausgestülpt. Blase, Ureteren und Nieren wurden en masse herausgeschnitten. Die linke Niere wurde von einer kleinen fibrösen Masse von der Gröse einer halben Wallnufs repräsentiert. Von dieser Masse führte der linke Ureter, dessen sehr dünne Wände durch eine dünne, trübe Flüssigkeit um das doppelte erweitert waren, in den obersten Teil des linken Samenbläschens, ohne in die Blase einzumünden. Innerhalb derselben fand sich nicht einmal eine Andeutung einer Ureteröffnung. Die Mifsbildung war angeboren.

C. Berliner-Aachen.

Harnleiteranastomose, von Reynier und Paulesco. (*Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris.* Bd. 24. S. 117.) Den Verfassern gelang bei zwei Hunden die Wiedervereinigung der Stümpfe je eines querdurchschnittenen Harnleiters, ohne dafs die Durchgängigkeit der Ureteren beeinträchtigt wurde und ohne dafs Erweiterung der Nierenbecken auftrat. Die Nähte werden so durch die ganze Dicke der Wand gelegt, dafs Schleimhaut gegen Schleimhaut gepreſst wird und die beiden Stumpfenden in ihrem ganzen Umfang aneinander gehalten werden. Die Vernarbung erfolgt, bevor die Wände von den Fäden durchschnitten werden. Seidenfäden fallen in das Innere des Kanals, Katgutfäden werden resorbiert. (Nach *Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 3.)

Götz-München.

Über einen im linken Ureter stecken gebliebenen Nierenstein, von M. Way. (*Brit. med. Journ.* 15. Okt. 1898.) Ein 47jähriger Mann kam mit Suppressio urinae ins Hospital. Seit 16 Jahren litt er häufig an Kolikanfällen, verbunden mit den heftigsten Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, die bis zum linken Testikel ausstrahlten und nicht selten von Kollaps, Erbrechen, blutigem Urin begleitet waren. Einen derartigen Anfall bekam er in der verflossenen Nacht. Seit zwölf Stunden konnte er nicht mehr urinieren. Die vorgenommene, sehr eingreifende Operation hatte eine starke Blutung, Kollaps und den Tod zur Folge. *C. Berliner-Aachen.*

Steine im Ureter, von O. J. Freyer. (*Lancet.* 28. Jan. 1899; Med. Soc. London.) I. Ein seit 19 Monaten an Hämaturie und Nierenkolik leidender 23jähriger Mann zeigte in der rechten Nierengegend einen etwa zweifaustgrofsen, empfindlichen, etwas beweglichen Tumor. Beim Eingehen durch die Lendengegend und Eröffnung der

Niere fand sich schliefslich vier Zoll vom Nierenbecken entfernt im Ureter ein fest gekeiltes Konkrement. Entfernung nach Einschnitt in letzteren; Heilung ohne Naht, nur wurde die Niere durch zwei Nähte und die äufsere Wunde vereinigt und drainiert. — II. Bei einem 52jährigen Manne, der seit 13 Jahren Erscheinungen von Nephrolithiasis dargeboten hatte, wurde cystoskopisch ein im Orificium des Ureters fest steckender, langer, rauher, bleistiftförmiger Stein nachgewiesen und mittelst Lithotribs entfernt. — Fünf analoge Fälle sind nur kurz erwähnt. *Philippi-Itzehoe.*

Über das Vorkommen von Milben im Harn, von Marpmann. (*Centralbl. f. Bakt.* 1899. No. 8/9.) Neysaee und Scribe haben in Tokio in einem blutigen Harne wiederholt Milben festgestellt. Verfasser hat kürzlich in dem Harn eines Nephritikers eine tote Acaride gefunden. Dieselbe hatte einen spitzen Kopf, vier gleichgrofse Fufspaare mit spitzen Borsten besetzt, rötliche Farbe; die Länge betrug 240 μ, die Breite 98 μ. Saugscheiben waren an den Füfsen nicht vorhanden. Die Milbe ähnelte keiner Hautmilbe. Bei wiederholter Untersuchung wurden keine Milben im Harn gefunden. (Es dürfte daher eine zufällige Verunreinigung vorliegen. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bakterienbefunde im Harne von Diabetikern, von Marpmann (ibidem). In 42 Harnproben bei alimentärer Glykosurie fand Verfasser stets einen feinen Bacillus, der niemals im Harne bei traumatischer und nervöser Glykosurie nachzuweisen war. Die Züchtung desselben gelang nicht. Alle Patienten zeigten Blutveränderungen, die sich besonders auf die Zahl der Blutkörperchen erstreckten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Chylurie, von S. Phillips. (*Brit. med. Journ.* 5. Nov. 1898.) Ein 16jähriger Knabe leidet seit drei Jahren an Chylurie. Der Urin, welcher nach dem Schlafen entleert wird, ist milchig, ganz gleich, ob der Patient des Nachts oder am Tage schläft. Der Urin zu einer anderen Zeit ist klar. Der milchige Urin enthält eine grofse Quantität Eiweifs, Fett und Körnchen, wie sie als Bestandteile des Chylus beschrieben werden. Er reagiert sauer und hat ein spezifisches Gewicht von 1030. Im klaren Urin finden sich zuweilen auch Spuren von Eiweifs. Verfasser ist aufser stande, eine Ursache für die Chylurie anzugeben. Filaria sanguinis wurde in dem wiederholentlich während der Nacht untersuchten Blute nicht gefunden.

C. Berliner-Aachen.

Kantharidеn als Hämostypticum bei Hämaturie, und ihr Gebrauch bei Albuminurie, von O. Beven. (*Brit. med. Journ.* 17. Sept. 1898.) Der 68jährige Patient war bis Anfang August 1897 stets gesund gewesen, als er eines Tages eine grofse Menge Blut und Blutklumpen durch die Urethra entleerte. Schmerzen waren nicht vorhanden. Ergotin stillte bei Bettruhe zwar prompt die Blutung, aber sie kehrte nach kurzer Zeit wieder und trotzte dann hartnäckig allen angewandten Mitteln. Zehn Monate nach Beginn der Krankheit kam der sehr abgemagerte, anämisch aussehende Patient in die Behandlung des Verfassers, der ihm Tinctura cantharidum, dreimal fünf Tropfen einzunehmen, verschrieb. Nach 24 Stunden hörte jede Blutung auf, und der Urin wurde ganz klar. Daraufhin wurde mit dem Medikament aufgehört. Doch nach zehn Tagen zeigte sich wiederum etwas Blut im Urin. Wenige Dosen der Kantharidentinktur genügten, um die Blutung zu sistieren. Vorsichtshalber wurde das Mittel mit Unterbrechungen noch etwa 14 Tage fortgebraucht. Die Blutung ist seitdem nicht mehr zurückgekehrt. Zur Bekämpfung der Anämie wurde dem Patienten ein Eisenpräparat verschrieben. Der Effekt der Kantharidеn war somit ein wunderbarer. Das Mittel, in kleinen Dosen angewandt, setzt auch die Eiweifsmenge bei Patienten, die an der „grofsen weifsen Niere" leiden, in ganz auffallender Weise

herab. Ob diese Verminderung von nachhaltiger Dauer ist, vermag Verfasser bis jetzt noch nicht zu sagen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Abspaltung von Zucker aus Eiweifs, von Paul Mayer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 6.) Unter Nachprüfung älterer Versuche von Krawkow, Blumenthal, Eichholz u. a. gelang es Verfasser aus dem Eidotter frischgeschlagener Eier durch Kochen mit Salzsäure ein Osazon darzustellen, welches mit Trommerscher Probe und Fehlingscher Lösung Reduktion ergab. Durch Bestimmung des Schmelzpunktes und Elementaranalyse wurde das erhaltene Osazon als Hexosazon erkannt; hierdurch ist der unzweifelhafte Beweis geliefert, dafs aus Eiweifs ein Kohlehydrat abgespalten werden kann, welches zu den Hexaglykosen gehört. *F. Hahn-Bremen.*

Die harnsaure Diathese, von F. Kölbl. (*Wien. Klinik.* 1898. Heft 12.) Verfasser stellt kurz die bisher bekannten Thatsachen über die harnsaure Diathese zusammen, erörtert zunächst Begriff und Theorie derselben, beschreibt die pathologische Anatomie und schildert die klinischen Symptome und den Krankheitsverlauf. Er unterscheidet eine typische und eine atypische Gicht und weist auf das häufige Vorkommen anderer Krankheiten mit der Gicht zusammen hin, wie chronischen Gelenkrheumatismus, Syphilis und chronische Bleivergiftung. Therapeutisch rühmt Verfasser besonders Massage, Moorsalz- und Moorlaugenbäder, sowie den Gebrauch der Franzensbader Nataliequelle. *I. Bloch-Berlin.*

Eine neue Methode zur Behandlung der harnsauren Diathese, von J. Weiss. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 14.) Verfasser empfiehlt zur Verminderung der Harnsäurebildung im Organismus die Chinasäure (Urosintabletten der Chininfabriken Zimmer & Co. in Frankfurt a. M.) Diese Säure wird im Körper zu Benzoësäure reduziert, welche sich mit dem Glykokoll verbindet und dann als Hippursäure ausgeschieden wird, unter Verminderung der Harnsäure, die aus Harnstoff und Glykokol entsteht. *F. Hahn-Bremen.*

Elephantiasis vulvae, von L. Roberts. (*Lancet.* 7. Jan. 1899.) Das Präparat stammte von einer 31jährigen, verheirateten Nullipara. Vor etwa 12 Monaten fing die Geschwulstbildung, von den kleinen Labien ausgehend, an, und hatte Kindskopfgröfse erreicht. Die operative Entfernung wurde in Narkose mit bestem Erfolg ausgeführt. Histologisch fand sich ein fibröses Gewebe, an einigen Stellen verdicktes Epithel und an den spärlichen Blutgefäfsen Endarteritis. Eine venerische Erkrankung war nicht vorhanden gewesen. *Philippi-Itzehoe.*

Ein Fall von Elephantiasis der Vulva, von W. Renner-Sierra Leone. (*Brit. med. Journ.* 24. Sept. 1898.) Die 29jährige, verheiratete Frau hat keine Kinder; war früher stets gesund, menstruierte regelmäfsig, die Harnentleerung war normal. Die Patientin hat niemals eine venerische Krankheit und auch keinerlei Verletzung an den Geschlechtsteilen davongetragen. (Masturbation? Ref.) Ohne besondere Ursache begannen vor drei Jahren die Vulvarpartien anzuschwellen; gleichzeitig stellte sich Fieber bei der Patientin ein. Von jener Zeit an nahm das rechte Labium majus stetig an Umfang zu und erreichte schliefslich die Gröfse eines Kopfes. Der mit nachhaltigem Erfolg operativ entfernte Tumor wog 6½ Pfund.
C. Berliner-Aachen.

Prolaps der Urethra beim Weibe, von J. Mossop. (*Brit. med. Journ.* 1. Okt. 1898.) Ein neunjähriges, gut genährtes Mädchen klagte seit längerer Zeit über häufiges und schmerzhaftes Urinieren, wobei der Harn zuweilen blutig war. Irgend eine Ursache

für das Leiden ergab die Anamnese nicht. Bei der Untersuchung entdeckte Verfasser eine kleine, runde, dunkelrot aussehende Schwellung um das Orificium urethrae. Dieselbe fühlte sich prall an und blutete leicht. Eine genaue Besichtigung ergab, daſs die Schwellung durch Druck sich verkleinerte und zur alten Gröſse zurückkehrte, sobald der komprimierende Finger entfernt wurde. Die Untersuchung ergab ein negatives Resultat. — Der Prolaps wurde auf operativem Wege erfolgreich beseitigt.
C. Berliner-Aachen.

Über den Bakteriengehalt der normalen Urethra des Weibes, von F. Schenk und L. Austerlitz-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1899. No. 17.) Entgegen den Untersuchungen von Gawronsky, der bei 62 niemals erkrankten Harnröhren von Frauen in 76% Keimfreiheit und in 24% pathogene Keime — Strepto-Staphylokokken und Bacterium coli — fand, sowie von Rovsing, der in zehn Fällen sechsmal, und zwar meist pyogene Keime nachwies, im Gegensatz schlieſslich zu ganz neueren Ergebnissen Savors an 142 gynäkologisch erkrankten Frauen und 120 Schwangeren und Wöchnerinnen mit bedeutendem Überwiegen positiver Kulturresultate kommen die Verfasser zu dem Schlusse, daſs die normale Urethra des Weibes in mehr als der Hälfte überhaupt keimfrei ist. Die sonst vorhandenen Keime sind verschiedene Saprophyten, die aus dem Vestibulum urethrae in die Harnröhre gelangt sind. Pathogene Mikrobien sind nur in den seltensten Fällen zu finden. *Hopf-Dresden.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Nachtrag zum Artikel „Zur Austilgung der Blennorrhoe", von Blokusewski. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 20.) Unter Würdigung des von Frank, Welander, Ullmann zum Schutze gegen Infektion mit Gonokokken angegebenen Verfahrens läuft der Artikel auf eine Empfehlung des Blokusewskischen „Samariters" (Tropfglas mit 2% Höllensteinlösung zum Eintröpfeln in die Harnröhrenmündung unmittelbar post coitum) hinaus. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Wichtigkeit der Blennorrhoe für das Individuum und die Rasse, klinischer Vortrag von Prof. Tommasoli. (*Rif. med.* 1899. Nr. 42—45.) T. weist nochmals auf die nicht zu überblickenden Gefahren einer blennorrhoischen Infektion, sowohl für den Mann als für die Frau hin. Er hebt hervor, daſs die Blennorrhoe eine auſserordentliche Diffusibilität besitzt, indem sie sich über fast sämtliche Schleimhäute ausbreiten kann, die im täglichen Verkehr am meisten bloſsgelegt und infolge der Lebensbedürfnisse am meisten benutzt werden. Eine angeborene oder erworbene Immunität gegen die Blennorrhoe giebt es nicht und haben wir es bei der Blennorrhoe mit einem infektiösen Prozesse zu thun, der eine auſserordentliche Neigung zeigt, gar nicht auszuheilen und nicht nur im akuten Stadium, sondern sehr oft noch im chronischen ansteckend zu sein. *C. Müller-Genf.*

Diagnose der Blennorrhoe, von Thomas. (*Intern. med. Magas.* Jan. 1899.) Der für den praktischen Arzt bestimmte Aufsatz beschäftigt sich mit der Diagnose der Blennorrhoe, vor allem bei solchen Patienten, die schon öfter Blennorrhoen durchgemacht haben. Er scheint auf die Fachkenntnisse der amerikanischen Durchschnittsärzte zugeschnitten zu sein. *F. Hahn-Bremen.*

Die Diagnose des Trippers beim Weibe, von Thomas-Pittsburg. (*Internat. med. Magas.* Febr. 1899.) Verfasser verweist auf die bekannte Thatsache, daſs eine

einfache Cervikal- oder Vaginalblennorrhoe beim Weibe oft unentdeckt verläuft, während das Befallenwerden der Harnröhre wegen der auftretenden subjektiven Symptome die Kranken meist zum Arzt führt. Nimmt dieser keine lokale Untersuchung vor, sondern verschreibt nur alkalische Wässer, so können die Symptome ebenfalls schnell zurückgehen, ohne dafs jemand die Natur des Leidens ahnt. Die Folge davon ist dann gewöhnlich die Infektion des männlichen Teils. Auch darf man nicht glauben, dafs bei dem Tripper des Weibes der Ausflufs stets profus und die Entzündung eine heftige sein müsse. Im Gegenteil bringt eine nichtblennorrhoische Leukorrhoe zuweilen mehr Sekret hervor als ein echter Tripper. Nur bei Virgines und Kindern sind übrigens die Schleimhäute sehr stark geschwollen. (Verfasser dürfte die objektiven Symptome beim ersten Tripper des Weibes in ihrer Schwere doch wohl etwas unterschätzen. D. Ref.) *Hopf-Dresden.*

Über die Lagerung der Gonokokken im Trippersekret, von A. Lanz. (*Klin. Journ.* [Russ.] 1899. S. 349.) Nachdem Verfasser die Litteratur besprochen und dabei speziell auch der letzten Arbeit über dieses Thema von Drobny gedacht hat, geht L. auf seine eigenen Untersuchungen ein. Er benutzte für dieselben: 1. den letzten Urintropfen, welcher nach dem Urinieren in der Harnröhre nachbleibt und 2. das Sekret der Harnröhre, welches vor dem Urinieren durch einige aufeinanderfolgende Streichungen ausgequetscht wird. Hierbei beobachtete er, dafs in dem ersten Fall die Gonokokken gröfstenteils innerhalb der Eiterzellen gelagert sind und in dem letzteren aufserhalb derselben, wobei sie gröfsere oder kleinere Häufchen bilden. Wird der letzte Urintropfen jedoch ohne Ausquetschung aufgefangen oder wird das Präparat aus dem Bodensatz der zweiten Urinportion hergestellt, so finden sich entweder gar keine oder bedeutend weniger freie Gonokokken. Auf Grund der Untersuchung einer ganzen Serie von Präparaten vom letzten Urintropfen kommt L. zu folgenden Schlüssen: 1. die vorwiegend extra- oder intracellulare Lagerung der Gonokokken im Trippersekret hängt hauptsächlich von den Bedingungen seiner Gewinnung ab. 2. Eine Teilung der akuten Tripperfälle auf Grund der mikroskopischen Sekretuntersuchung in zwei Kategorien, je nach der extra- oder intracellularen Anordnung der Gonokokken ist in praxi unmöglich durchzuführen. 3. Diese oder jene Lagerung der Gonokokken im Sekret hat an sich gar keine prognostische Bedeutung. 4. Die extracellulare Anordnung der Gonokokken an sich bietet keine Kontraindikation für eine lokale Behandlung des Trippers. *A. Jordan-Moskau.*

Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über einen merkwürdigen Fall von allgemeiner blennorrhoischer Infektion, von Colombini-Siena. (*Centralbl. f. Bakt.* 30. Dez. 1898.) Die Mitteilungen Colombinis sind von aufserordentlichem Interesse, erstens wegen der Lokalisation des Gonococcus, dann wegen der Vereiterungen, die er hervorrief, und in denen er stets gefunden wurde und drittens wegen des durch Mikroskop und Impfung erhärteten Vorkommens des Tripperkeims im Blut. Der Patient, ein 28jähriger Handwerker, hatte sich längere Zeit selbst behandelt, als er das Spital wegen einer Leistendrüsenaffektion aufsuchte: Fluktuation — Incision — Gonokokken. Einige Tage später Epididymitis, die statt zurückzugehen in Fluktuation überging und incidiert werden mufste. Im Eiter zahlreiche Gonokokken. Während der Operation Schmerzen in der rechten Ohrspeicheldrüsengegend. Schwellung, Rötung, Fieber, Fluktuation, Incision. Gonokokken. Mikroskopisch liefsen sich Gonokokken in beiden entnommenen Blutproben nicht nachweisen. Wohl aber durch Kulturen, von denen eine Probe auf die Urethra eines jungen niemals venerisch erkrankten Mannes gebracht, typische Blennorrhoe hervorrief, die schwer verlief und bei der die Gonokokken ebenfalls wieder mikroskopisch und kul-

turell nachgewiesen wurden. Der Fall ist ein weiterer Beweis dafür, dafs es eine gonaemische Infektion giebt, der manche Körperteile, an die man bisher noch nicht gedacht hat, ausgesetzt sein können, wie z. B. die Parotis. Die Arbeit Colombinis verrät viel klinische und bakteriologische Gewissenhaftigkeit. *Hopf-Dresden.*

Vaginitis blennorrhoica und ihre Behandlung, von Harry Greenberg-Milwaukee. (*New York med. Journ.* 25. März 1899). Mit Recht hebt G. hervor, dafs die Blennorrhoe beim Weibe gegenwärtig so wenig zweckmäfsig behandelt werde, wovon die natürliche Folge die zahlreichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane von der Vagina bis zu den Ovarien und dem Peritoneum seien. Während die Diagnose eines typischen Falles akuter Blennorrhoe auch beim Weibe keine Schwierigkeiten macht, so ist das nicht so leicht mit atypischen, subakuten und chronischen Fällen, wo Leukorrhoe, Menorrhagia und Dysmenorrhoe bestehen, ohne dafs über Schmerzen beim Urinieren geklagt wird und Anhaltspunkte für eine stattgehabte Infektion vorhanden sind. Mit Ausdrücken eines Tropfens oder mehr Eiters aus der Harnröhre, dem zähschleimigen und eiterigen Ausflufs und vermittelst mikroskopischer Untersuchung könnte und sollte die Diagnose gestellt werden. Die Behandlung, welche G. strenge auszuführen empfiehlt und die ihm in über 200 Fällen Erfolg (!) gegeben hat, besteht in erster Linie in Bettruhe bei akuten Fällen, leichter Diät, völliger Alkoholabstinenz, Sauberkeit der äufseren Geschlechtsteile (warme Sitzbäder mit doppeltkohlensaurem Natrium, zweimal täglich und zweistündlich Douchen mit Lösung des letzteren). Das Na bicarb. soll als Sedativum wirken, während als Gonokokken tötendes Mittel Sublimat (1 : 1000) oder noch besser Pyoctanin (5 %) nach gründlicher Reinigung im Speculum in alle Falten der Vagina einzubringen sei. G. hält es für besonders wichtig, bei letzterer Prozedur alle Falten auszustreichen, ferner häufig die Douche und Wasser recht reichlich anzuwenden. *Stern-München.*

Lymphangitis blennorrhoica dorsalis penis. Jadassohn demonstrierte einen derartigen Fall mit einem so derben und dicken Strang, dafs man leicht an die bekannte syphilitische Lymphstrangsklerose hätte denken können. Die Affektion war aber ganz akut entstanden und hatte zu einem starken Ödem der Glans geführt. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1899. No. 5.) *C. Müller-Genf.*

Über Blennorrhoea recti, von A. Huber. (*Orvosi-Hetilap* 1898. No. 37—44; *Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 23—28.) Verfasser hatte es sich zur Aufgabe gemacht, auf der Prostituiertenabteilung des Doc. Róna durch systematische Untersuchungen des Rectalsekretes die Pathologie der Analblennorrhoe zu studieren und nachdem er ausführlich die Litteratur und seine Untersuchungsresultate besprochen hat, kommt er zu folgenden Schlüssen: 1. Die Rectalblennorrhoe ist speziell bei Prostituierten eine relativ sehr häufige Schleimhauterkrankung, die mit der Urethralblennorrhoe einen ganz analogen Vorgang repräsentiert, in den meisten Fällen subakut oder chronisch verläuft und manchmal auch zu Komplikationen führen kann. 2. Von allen an Blennorrhoe erkrankten Prostituierten leidet wenigstens ein Viertteil gleichzeitig auch an Rectalblennorrhoe. 3. Die Diagnose der Rectalblennorrhoe soll ausschliefslich auf Grund des mikroskopischen Befundes gemacht werden. 4. Die mikroskopische Untersuchung soll in jedem einzelnen Falle wenigstens dreimal gemacht werden, da unsere Erfahrungen dafür sprechen, dafs die Gonokokken von sämtlichen an Rectalblennorrhoe erkrankten Individuen nur bei 66 % bei der ersten Untersuchung gefunden werden. 5. Die Rectalblennorrhoe entsteht in der überwiegenden Zahl der Fälle (82,1 %) durch Autoinfektion, die blennorrhoische Infektion des Rectums geschieht um so leichter und um so wahrscheinlicher, je akuter und in je mehr Organen gleich-

zeitig die Blennorrhoe bei ein und demselben Individuum vorhanden ist. 6. Ein Teil der isolierten Rectalblennorrhoen mufs als chronische Rectalblennorrhoe aufgefafst werden, welche bei solchen Individuen einen Rest bildet, bei denen der Urogenitaltripper, der zur sekundären Infektion des Rectums führte, bereits abgelaufen ist, während die Analblennorrhoe noch besteht. 7. Bei Prostituierten entsteht die Rectalblennorrhoe in der Hälfte aller Fälle bei solchen Individuen, die die Prostitution höchstens ein Jahr ausüben; dieser Umstand hängt allerdings damit zusammen, da auch der Urogenitaltripper am akutesten bei jenen Personen ist, die die Prostitution kürzere Zeit als ein Jahr ausüben. 8. Die Rectalblennorrhoe geht in den meisten Fällen ohne Fieber und schleichend einher; subjektive Beschwerden werden meistens nur dann angegeben, wenn sich zum Grundleiden noch eine Komplikation hinzugesellt hat. 9. Im Verlaufe der Rectalblennorrhoe sind die Geschwüre auf der Schleimhautoberfläche ebenso selten, als sie bei dem männlichen Urethraltripper beobachtet werden. 10. Komplikationen treten im Verlaufe der Rectalblennorrhoe nur bei 1,1% aller Fälle auf; was die Häufigkeit anbelangt, ist die Periproctitis die allerwichtigste. 11. Die Periproctitiden bei Rectalblennorrhoen müssen in den meisten Fällen als Komplikationen und nicht als Mischinfektionen aufgefafst werden; ausgeschlossen ist es nicht, dafs ähnliche Vorgänge auch durch andere, für die Blennorrhoe nicht spezifische Mikroorganismen hervorgerufen werden können. 12. Ein Teil der bei der Rectalblennorrhoe auftretenden Abscesse ist denjenigen Jadassohnschen Pseudoabscessen ganz analog, die in der Urethra, in der Prostata und den Bartholinischen Drüsen beobachtet werden. 13. Besonders hervorzuheben ist, dafs die bei der Rectalblennorrhoe vorkommenden Folliculitiden und Perifolliculitiden für die Prognose der Rectalerkrankung von grofser Bedeutung sind, denn es ist sehr wahrscheinlich, dafs gerade solche Fälle später zu einer hochgradigen Striktur des Rectums und zur Fistelbildung führen. 14. Der blennorrhoische Prozefs des Rectums verläuft gewöhnlich nur in den oberflächlichsten Schleimhautpartien, indem er nie tiefer als bis zur Mucosa muscularis reicht. 15. Die Rectalblennorrhoe ist eine Krankheit, die in den meisten Fällen Monate lang dauert und um so schwieriger ist, je mehr Komplikationen sich zu ihr gesellen.

A. Alpár-Budapest.

Über Protargol bei Ophthalmo-Blennorrhoe, von Wolffberg. (*Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges.* Jahrg. II No. 14.) W. bestätigt Lesshafts Erfolge bei Anwendung des Protargols nach dessen Vorschrift. (Verreibung des Protargols mit der gleichen Menge Glycerin, Zutropfenlassen von kühlem Wasser).

A. Strauſs-Barmen.

Blennorrhoische Gelenkerkrankungen bei Säuglingen im Anschlufs an purulente Ophthalmie, von Clement Lucas. (*Lancet,* 28. Jan. 1899.) Von den 23 Fällen, welche L. als Grundlage für diese Mitteilung benutzt hat, acquirierten 18 die blennorrhoische Augenaffektion intra partum, bei den fünf anderen handelte es sich um Kinder im Alter bis zu sieben Jahren. Die Gelenkentzündung äufsert sich einmal als eine sehr akute Arthritis mit starker Schwellung, Rötung und Empfindlichkeit, das andere Mal als eine subakute Synovitis mit reichlichem Erguſs und Schmerzhaftigkeit, aber ohne Rötung der Oberfläche. Gewöhnlich trat das Gelenkleiden zwei bis drei Wochen nach Beginn der Augenaffektion hervor. Am häufigsten waren linkes Knie und linkes Handgelenk befallen, vielleicht infolge von Druck beim Tragen. Die bakteriologische Untersuchung ergab vielfach positive Resultate. Meist trat in 3—5 Wochen vollständige Heilung ein, doch kamen auch gelegentlich Vereiterungen vor.

Philippi-Itzehoe.

Arthritis blennorrhoica, von Bradley Gaither. (*Med. News.* 21. Jan. 1899.) Die vorliegende Arbeit ist eine dem heutigen Stand unserer Kenntnisse und An-

schauungen entsprechende Monographie der Arthritis blennorrhoica; neue Gesichtspunkte enthält sie nicht. Bezüglich der Therapie empfiehlt der Verfasser die Anwendung von Copaiva, von der er in mehreren Fällen sehr befriedigende Resultate gesehen hat. Copaiva wird im Körper derart verändert, dafs sie antibacillär wirkt. Da nun die Arthritis blennorrhoica höchst wahrscheinlich durch Lokalisation der Gonokokken in den betreffenden Gelenken hervorgerufen wird, ist die Wirkung der Copaiva auch theoretisch zu erklären. *Götz-München.*

Ein Fall von Neuralgia spermatica. Resektion des Nervus lumboinguinalis und Nervus spermaticus externus, von Julius Donath und Fidelis Hültl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 11.) Astley Cooper beschrieb zuerst den „irritable testis", den er auf Störungen im Nervensystem zurückführte. Einige Male waren die Hoden so empfindlich, dafs er sie exstirpieren mufste. Die Untersuchung des entfernten Testis ergab nichts Pathologisches. Der Schmerz schwand. Valleix bezeichnet das Leiden allgemeiner als „Lumboabdominalneuralgie", da es, wenn auch in geringerem Mafse, auch bei Frauen in dem Labium majus vorkommt. Er erkannte als Ursache Blennorrhagie, jedoch soll auch das Rückenmark Ausgangspunkt des Schmerzes sein können. Von blennorrhoischen Neuritiden ist bekannt diejenige des N. ischiadicus, cruralis, obturatorius. Die Tripperneuralgien weichen gewöhnlich der mechanischen Behandlung, dem konstanten Strom, der internen Therapie bei Beobachtung der nötigen Ruhe. Bei einem hartnäckigen Falle versuchten die Verfasser die Nervenresektion, weil die Kastration nicht stets von Erfolg ist, mancherlei Nachteile mit sich bringt, und weil es bekannt ist, dafs auch mildere Verfahren (Venen-, Arterienunterbindungen) Heilung erzielt haben. Es wurde die Resektion des Nervus spermaticus externus beziehungsweise des N. genito-cruralis beschlossen. Schnitt von der elften Rippe steil bis in die Nähe der Spin. ant. sup. oss. ilei, dann bogenförmig bis zur Mitte des Lig. Poupartii; Durchtrennung der Bauchwand, stumpfe Ablösung des Peritonealsacks; Resektion der beiden Zweige des N. genitocruralis, der sich neben der Arteria iliaca communis präsentierte; strenge Asepsis. Anfangs waren die Schmerzen ganz weg. Später kamen sie wieder, aber in sehr abgeschwächtem Mafse. Die Libido sexualis nahm nach der Operation stark zu. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Blennorrhoische Neuritis, von Allard. (*Brit. med. Journ.* 15. Okt. 1898.) Der Verfasser berichtet über einen Fall von multipler Neuritis, welche 15 Tage nach Beginn einer schlecht behandelten Blennorrhoe aufgetreten war. Die Hauptsymptome der Krankheit waren steifer Gang, Unmöglichkeit der Dorsalflexion beider Füfse, Verlust der Kniereflexe, Entartungsreaktion und Tremor der Muskeln der Unterextremitäten, ausstrahlende Schmerzen im Verlaufe des Nervus cruralis. Die Erscheinungen besserten sich, nachdem die Blennorrhoe gewichen war, unter der Behandlung mit salicylsaurem Natron, Antipyrin innerlich, lokaler Applikation und Anwendung des galvanischen Stromes. *C. Berliner-Aachen.*

Die spinalen Manifestationen des Trippers, von Kalindéro-Bukarest. (*Roumanie méd.* 1899. No. 1.) Der Verfasser geht die bisher berichteten Fälle von blennorrhoischer Affektion des Rückenmarks und des peripheren Nervensystems durch und fügt den bisher berichteten einen weiteren Fall hinzu, bei dem infolge letalen Ausgangs eine genaue Diagnosenstellung an der Leiche möglich war. Es handelte sich um einen Schneider von 30 Jahren, der im Verlauf seiner dritten Blennorrhoe eine allmählich in Paralyse übergehende Parese seiner unteren Extremitäten, verbunden mit Blasenlähmung acquirierte. Die klinische Diagnose lautete auf blennorrhoische Myelitis. Die Nekropsie vermochte nur auf mikroskopischem Wege Veränderungen

im Rückenmark zu konstatieren und zwar lautete die histologische Diagnose: Poliomyelitis lumbaris, charakterisiert durch verschiedengradige Chromatolyse der Zellen der Vorderhörner. Daneben Muskelatrophie und leichte Veränderung der peripheren Nerven der unteren Extremitäten. (Zunahme des endofasciculären Bindegewebes, teilweiser Verlust des Markgehalts, Erweiterung der Gefäfse, Schwellung des Endothels.) Die Chromatolyse (Babes) stellt eine Art besondere Degeneration des Zellkörpers, schleimiger oder albuminöser Natur dar, wodurch der Zellkörper schwillt und Kern und chromatophile Körper nach der Peripherie gedrängt werden. Der Neisserische Gonococcus liefs sich in Kalindéros Fall nicht nachweisen. Doch sprechen abgesehen davon, dafs man schon den Gonococcus in spinalen Flüssigkeiten hat finden können, Analogieschlüsse für die blennorrhoische Natur der Affektion. Man mufs den Tripper eben unter die toxischen Infektionskrankheiten rechnen. Was die Zeitfolge des Ergriffenwerden der Spina und der Extremitätennerven anbelangt, so glaubt der Verfasser, dafs die Muskel- und peripheren Nervenläsionen sich sekundär zu der Erkrankung der Vorderhörner verhalten. *Hopf-Dresden.*

Tripperrheumatismus myelopathischer Genese (Jacquet), von Milian-Paris. (*Presse méd.* 29. April 1899.) Verfasser berichtet einen Fall von Gelenkrheumatismus bei einem 29jährigen Buchdrucker, am 15. Tag seines Trippers auftretend. Keinerlei rheumatische Antecedentien. Mit der oben angeführten Bezeichnung: Forme myélopathique du blenno-rhumatisme bezeichnete Jacquet eine Art der Gelenkerkrankung bei Tripper, welche mit deutlichen nervösen Störungen, trophischen Läsionen (Hauthörner, Muskelatrophien) und medullären Symptomen (Reflexerhöhung, fibrilläre Zuckungen) verlaufen, ohne in Gonokokken ihre Ursache zu haben. In diesem Pseudorheumatismus sind folgende Punkte besonders hervorzuheben: 1. Art. Arthralgie nicht Gelenkentzündung. 2. Sitz. Niveau der Sehnen, Bänder und Aponeurosen (fibröser Rheumatismus), — an der Achillessehneninsertion, Seitenrändern der Kniescheibe, Regio ischiadica, coccygea u. a. 3. Besondere Vorliebe für den Talus — Patient vermag nicht zu gehen, noch zu stehen. 4. Begleitende Dystrophien (Plattfufs, Hyperostose des Calcaneus, Muskelatrophien u. a.). 5. Gleichzeitige medulläre Symptome (reifsende Schmerzen, spastische Paraplegien). 6. Verlauf. Chronisch, fieberlos. 7. Verhalten gegen Therapie. Absoluter Widerstand gegen Medikamente wie physikalische Behandlungsmethoden. *Hopf-Dresden.*

Zur Prophylaxe des Trippers, von Ernst R. W. Frank. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 5.) Nach dem Verfasser geht aus seinen Versuchen hervor, dafs es gelingt, durch einfaches Auftropfen einer 20%igen Protargolglycerinlösung nach der Kohabitation auf das Orificium externum die Tripperinfektion mit Sicherheit zu vermeiden, ohne dafs dadurch die Harnröhre irgend welchen Reizungen oder Schädigungen, wie sie beim Gebrauch der von Haussmann und Blokusewski empfohlenen Prophylaxe nicht ganz ausgeschlossen sind, ausgesetzt wird. *I. Bloch-Berlin.*

Zur ätiologischen Behandlung der Blennorrhoe, von Ludwig Weiss. (*New York. med. Monatsschr.* 1899. No. 2). Nach einer Übersicht über die neueren Behandlungsmethoden der Blennorrhoe verlangt Verfasser sofortige Behandlung mit prolongierten Protargolinjektionen, bis die Gonokokken verschwunden sind. Bei Beteiligung der Pars posterior Berieselung mit ¼—1%iger Protargollösung, eventuell Instillationen von Argentum nitricum. — Diskussion: Newman führt (*New York. med. Monatsschr.* 1899. No. 5) aus, dafs die Janetsche Methode sehr umständlich und schwer durchführbar ist. Das Protargol als 1%ige Lösung ist obenan zu stellen. Zu Spülungen ist ein Siphonapparat besonders geeignet. — Moschcowitz bestreitet,

dafs Protargol mit Sicherheit die Gonokokken tötet; im Reagensglase wachsen die Gonokokken ruhig weiter, wenn man den Nähragar vor dem Anlegen der Kultur oder nach demselben 15 Minuten mit 2%igem Protargol begiefst. Die klinische Erfahrung lehrte den Redner, dafs durch Protargol in prolongierten Spülungen meistens in 8—14 Tagen die Gonokokken zum Schwinden gebracht werden, aber lange nicht immer. In manchen Fällen findet man immer wieder Gonokokken im Sekret, wenn auch wenige. — Weiss betrachtet das Protargol als ein nahezu spezifisches Mittel gegen Blennorrhoe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der Blennorrhoe beim Manne mit Metallsalzen. (Zn. Hg. Bi. Ag.), Sammelreferat von Carl Grünbaum. (*Wien. med. Blätt.* 1899, No. 11.) Eine objektive Zusammenstellung der schier endlosen Zahl der jüngeren Arbeiten über die Behandlung der Blennorrhoe mit Metallsalzen, die natürlich den Lesern dieser Blätter nichts Neues bietet. Unberücksichtigt ist das Zinc. sozojodolicum geblieben; die Silbersalze nehmen selbstredend den gröfsten Raum ein. (Giebt es bei der Blennorrhoe zwei Geschlechter? Kann man von einer „männlichen" und „weiblichen" Blennorrhoe sprechen? Oder ist es richtiger von einer Blennorrhoe „beim Manne" und einer Blennorrhoe „beim Weibe" zu sprechen. Ich glaube, gleich dem Leiter der Zeitschrift, dafs letzteres das einzig richtige ist. Ref.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

Praktische Notizen zur Behandlung der Urethritis posterior, von Ravogli-Cincinnati. (Separatabdruck ohne Angabe, wo erschienen.) Dafs die Verhältnisse beim chronischen Tripper der hinteren Harnröhre nicht so einfach liegen, wie Ravogli es ansieht, wird jeder Leser ersehen, wenn ich die Schlufsfolgerungen des Autors wiedergebe. 1. Irrigationen nach Janet bei frischem Tripper verhüten vielfach das Übergehen des Prozesses auf die hintere Harnröhre. 2. Irrigation mittelst des rückläufigen Katheters durch Kaliumpermanganatlösungen mit nachfolgender Protargolinjektion heilt ziemlich schnell die subakute Urethritis posterior ohne Komplikationen. 3. Gegen chronische Entzündung der Pars posterior, die mit Infiltration der submukösen Gewebe verbunden ist, erzielen mit Ichthyolsalbe armierte Sonden den gewünschten Erfolg. Doch sind auch zuweilen Dilatatoren und Urethroskope nötig. Die Besprechung der verschiedenen Behandlungsweisen bietet nichts Bemerkenswertes. *Hopf-Dresden.*

Erfahrungen über Protargol in der Blennorrhoetherapie, von Berg. (*Therap. Monatsh.* 1899. Heft 5.) Das Urteil des Verfassers über die Wirkung des Protargol bei akuter Blennorrhoe lautet: Protargol macht subjektive Beschwerden wie starkes Brennen, was viele andere mindestens ebenso gut wirkende Antiblennorrhoica nicht thun, z. B. das Resorcin. Es ist nach der gegebenen Vorschrift unbequem zu handhaben und giebt gerade infolge dieser Injektionsvorschrift bei der akuten Blennorrhoe vermutlich häufig Veranlassung zur Urethritis posterior. Es kürzt den Krankheitsverlauf im Vergleich zu anderen Antiblennorrhoicis nicht ab. — Bei chronischer Blennorrhoe ist Protargol nach Ansicht des Verfassers zwar unschädlich, aber auch ganz unwirksam. *Götz-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 2.

Fig. 3.

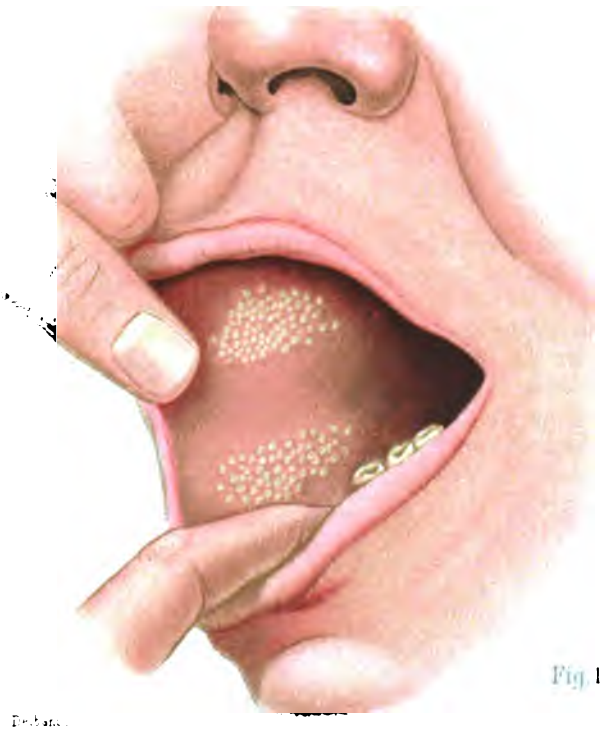


Fig. 1.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 8. 15. Oktober 1899.

Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes.

Von

Dr. Ernst Delbanco in Hamburg.

(Mit Tafel IX.)

Im September vorigen Jahres wurde ich zuerst aufmerksam auf eine Veränderung der Schleimhaut des Mundes, deren Deutung mir an der Hand der gebräuchlichen Lehrbücher nicht gelingen wollte. Selbst das jüngst erschienene Buch von Miculicz und Kümmel (1) über die Krankheiten des Mundes, welches sicherlich die Litteratur erschöpfend behandelt, liefs mich in Stich. Dabei war es mir von vornherein klar, dafs es sich um eine keineswegs seltene Veränderung handeln konnte.

Der 37jährige Gerichtsdiener C. B. hatte sich vor zehn Jahren syphilitisch infiziert, hatte 1888 und 1891 Schmierkuren durchgemacht. Seitdem war er ohne spezifische Behandlung geblieben. Am 17. Juni 1898 bemerkte er an der Umschlagsstelle des Präputium an der Unterseite des Penis eine „Verdickung", deren Auftreten er mit einem mehrere Wochen zurückliegenden aufserehelichen Coitus in Verbindung brachte. Er glaubte „einen neuen Schanker" acquiriert zu haben. Die Verdickung ulcerierte sehr bald, was ihn veranlafste, am 23. Juni mit Übergehung seines Kassenarztes ärztliche Hülfe zu fordern. Da sich nach achtwöchentlicher wenig sachgemäfser Behandlung (Lokalätzungen mit Argentum nitricum) ausgebreitete Hauterscheinungen einstellten, welche nach Angabe des intelligenten Patienten der betr. Arzt von einem vorübergehenden Jodgebrauch abhängig machte, begab sich Patient am 7. Sept. zu seinem Kassenarzt, der mich dann hinzuzog, weil er an eine Reinfektio nicht glauben mochte. Die Diagnose war leicht auf ein ulceriertes Gumma des Penis und diffuse gummöse Infiltrate in der Haut des Gesichtes und Rumpfes zu stellen. Die Gegend des linken Kiefergelenkes war z. B. von einem fünfmarkstückgrofsen teigigen Infiltrat eingenommen.

Nach einer genauen Untersuchung des Patienten am 9. September, welche mir u. a. die Schleimhaut des Mundes frei von Ulcerationen zeigte, leitete ich sofort eine Injektionskur ein. Es war mir aus äufseren Gründen nicht möglich gewesen, durchzusetzen, dafs Patient sich seine schadhaften Zähne vor der Kur in Ordnung bringen liefs.

Am 26. September — der Patient hatte im ganzen bis dahin vier Spritzen (Hydrargyr. salicyl. 1,0, Paraff. liqu. ad 10,0) bekommen — bemerkte ich gelegentlich einer erneuten Inspektion des Mundes in der Schleimhaut der rechten Wange eine Menge gelbdurchscheinender miliarer Körner, von welchen die gröfsten fast die Gröfse eines Stecknadelkopfes erreichten. Die Körner lagen dicht gedrängt nebeneinander, ragten nicht oder nur eben über die Oberfläche der Schleimhaut hervor. Im grofsen gruppierten diese Körner sich zu zwei Lagern, welche annähernd gleich breit waren; ein fast körnerfreier Zwischenraum trennte sie. Auf dem Wege von dem äufseren Ende des Lagers zu dem Mundwinkel waren noch alleinstehende und einreihig gestellte Körner zu finden, die wie Ausläufer des Lagers erschienen.

Die beiden Lager gelber Körner entsprechen den gegenüberstehenden Zahnreihen.[1] Und auch an weiteren Stellen des Mundes, wo sich solche gelben Körner noch fanden, wie z. B. in der Tasche hinter dem letzten linken Molarzahn schien es mir, als wenn die massige Entwickelung der Körner in der Schleimhaut an einen Druckreiz bezw. an eine Druckwirkung gebunden sei. Ich füge noch hinzu, dafs die beiden Körnerlager wie Polster in der Schleimhaut safsen. Die beschriebene Veränderung der Schleimhaut machte keinerlei subjektive Symptome. Der Patient litt bereits an der Quecksilbersalivation.

Unter der klinischen Diagnose einer mir neuen Schleimdrüsenhypertrophie stellte ich den Kranken am 26. Oktober in der biologischen Sektion des Hamburger ärztlichen Vereins vor, um das Urteil der Kollegen zu hören. Ich hob aber von vornherein hervor, dafs die Veränderung selbst für mich mit der Syphilis in keinerlei ursächlichem Zusammenhang stände. Die Möglichkeit erwog ich, dafs die vermeintliche Schleimdrüsenaffektion mit dem Quecksilber irgend eine indirekte Beziehung habe, vielleicht der Salivation parallel verlaufe. Bei dem Patienten war allerdings zu beachten, dafs er schon 1888 und 1891 Schmierkuren durchgemacht hatte. Die Veränderung mochte daher schon aus einer früheren Periode stammen. Aus der Diskussion ging mir hervor, dafs die Veränderung wohl oft schon gesehen, doch eine einwandsfreie Deutung bislang nicht erfahren hatte.

Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes der Mundschleimhaut ergab eine hypertrophische Entwickelung von acinösen Drüsen, deren Bild in einer Schleimhaut mir ganz fremd war. Ich habe das schon in meiner der AUDRYschen Arbeit angefügten Notiz (2) hervorgehoben. Es waren Zellen ganz von dem Charakter der Talgdrüsen der äufseren Haut:

---

[1] Hierauf machte mich Herr Dr. ENGELMANN aufmerksam, dessen Rat ich unter den mir näher stehenden Laryngologen zuerst einholte.

grofse, helle polygonale Zellen mit dem schön entwickelten spongioplastischen Netzwerk im Protoplasma. Der vorübergehende Gedanke, dafs es sich trotz des Fehlens der Haare um wirkliche Talgdrüsen handele, wich der Auffassung, dafs ich einer besonderen Art von Schleimdrüsen auf die Spur gekommen sei. Mit letzterer Annahme vereinigte sich allerdings schlecht die gelbe Farbe der Körner, worauf mich gelegentlich einer privaten Unterhaltung Herr Dr. ZARNIKO mit Recht aufmerksam machte.

Den Befund dieses Falles habe ich malen lassen. Die Wiedergabe des Bildes bringt die Körner weniger diskret zur Anschauung, als Wirklichkeit und Original des Bildes es thun.

Die Photogramme habe ich nicht beigefügt, da sie die Einzelheiten zu wenig scharf wiederspiegeln. Die Veränderung der Schleimhaut ist bei dem Patienten bis auf den heutigen Tag fast die gleiche geblieben. Nur die Anschwellung des von den Körnern beherrschten Feldes ist zurückgegangen. Die schweren gummösen Infiltrationen sind sämtlich geschwunden.

Seit der Kenntnis des geschilderten Falles habe ich mein kleines Material auf die Veränderung der Schleimhaut unausgesetzt geprüft. Das Vorkommen vereinzelter und in geringer Zahl zusammenstehender gelber Körner in der Schleimhaut des Mundes habe ich öfters gefunden bei ganz gesunden Männern zwischen 20 und 40 Jahren und, was ich besonders hier betonen will, bei Leuten, die nicht syphilitisch infiziert gewesen sind. Ich hebe das ausdrücklich deswegen hervor, weil durch die ausführlich mitgeteilte Krankengeschichte es mir nahe gelegt war, nach der stärkeren und gehäuften Entwickelung der gelben Körner gerade bei Syphilitischen zu fahnden, ohne dafs ich darum auch nur einen Augenblick — ich betone das nochmals — die Körner selbst mit dem Syphilisgift in direkte Verbindung gebracht habe.

Thatsächlich war es wieder ein Syphiliskranker, der ein mit dem vorstehenden Fall durchaus identisches Bild bot. Dieselben Stellen im Munde sind es, die die ausgebreitete Körnelung zeigen, und die den gegenüberstehenden Reihen schadhafter Zähne entsprechen. Die beiden Lager vereinigen sich am Mundwinkel, nur mufs betont werden, dafs in umgekehrtem Verhältnis, in dem die beiden Schenkel zur Vereinigung streben, die Dichtigkeit der Körner abnimmt, sodafs am Mundwinkel selbst ihre Zahl gering ist. Die Krankengeschichte des 48jährigen Mannes brauche ich hier nicht ausführlich wiederzugeben. Ich hatte bereits vier Monate lang den Kranken vor seiner spezifischen Infektion an ausgebreiteten arteriosklerotischen Erscheinungen behandelt. Die Arteriosklerose begünstigte die schnelle Verbreitung des syphilitischen Giftes und machte, wie so oft, schnell aufeinander folgende und energische Quecksilberkuren nötig. Ich glaube sicher zu sein, wenn ich bemerke, dafs es zu einer

stärkeren Ausbildung der in die Schleimhaut gleichsam eingelassenen Packete gelber Körner erst während der spezifischen Kur gekommen ist. Auf jeden Fall waren die Körner weit weniger hervorgetreten vor der Infektion und vor der Kur, da ich oft genug Gelegenheit nahm, dem ängstlichen Patienten in den Mund zu sehen, und das auch zu einer Zeit, wo mich die gelbe Körnelung der Schleimhaut schon lebhaft beschäftigte.

Die Veränderung der Mundschleimhaut besteht an dem Manne heute — nachdem über neun Wochen seit der letzten Kur verstrichen und sämtliche syphilitischen Symptome gewichen sind — in gleichem Umfange fort. Einzelne Körner haben die Gröfse eines doppelten Stecknadelkopfes erreicht, lassen sich bei ihrer Härte in toto mit dem scharfen Löffel herausheben. Zupfpräparate liefern ausschliefslich Talgdrüsenepithelien. Die einzige Abweichung gegenüber dem Bilde während der Kur besteht darin, dafs das polsterartige in der Gesamtheit der Körner geschwunden ist; diese liegen jetzt in gleichem Niveau mit der übrigen Schleimhaut. Der Patient versichert auf das bestimmteste, dafs die dicken, Stecknadelkopfgröfse übertreffenden, massigen „Perlen" vor der Ansteckung nicht vorhanden waren. Er leitet sie selbst aus dem Zusammenfliefsen mehrerer Körner ab.

Diese zweite Beobachtung brachte mich auf den richtigen anatomischen Weg. Herr Dr. Lochte sprach sich bei Durchsicht der Präparate meines ersten Falles dahin aus, dafs es sich nur um Talgdrüsen handeln könnte. Das veranlafste mich, von dem zweiten Fall ein Stückchen Schleimhaut zu entfernen und in Flemmings Lösung zu fixieren. Die am 24. April abgeschlossene Untersuchung ergab dann als einwandfreies Ergebnis, dafs die von mir gesehene Veränderung in einer Entwickelung von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut besteht. Die mikroskopische Zeichnung giebt den mit Safranin gefärbten Schnitt von dem in Flemmings Lösung fixierten Schleimhautstückchen.

Nach der Mitteilung meines zweiten Falles in der biologischen Sektion des Hamburger ärztlichen Vereins (Sitzung vom 28. Febr. 1899) hatte ich die Freude, durch die Herren Oberimpfarzt Dr. Voigt und Dr. E. Krieg sen. von einem dritten hierher gehörenden Fall Kenntnis zu erhalten. Der mir von Herrn Dr. Voigt freundlichst übersandten Notiz entnehme ich folgende Angaben:

„Der etwa 28jährige Mann acquirierte im Oktober 1895 ein Ulcus durum, bekam danach ziemlich schwere Symptome. Im Winter zwei Schmierkuren, im Frühjahr 1896 Schmierkur in Aachen. Es bestanden starke Syphilide im Rachen und Mund. Im Winter 1897 wieder Schmierkur, Sommer 1898 Sarcocele, Rupia, gastrische Beschwerden. Grofse Schmierkur im Herbst bis 6 g Ungt. ciner. Gegen Ende derselben, vielleicht schon etwas früher, trat die geschilderte eigentümliche Erscheinung auf."

Sollte ich mich nicht täuschen in der Annahme, dafs die sicher nicht syphilitische Veränderung der Schleimhaut mit einiger Wahrscheinlichkeit

gerade bei syphilitisch Infizierten während einer Quecksilberkur oder nach einer solchen stärker in die Augen fällt,[2] dann ist auch die Möglichkeit zu diskutieren, dafs gerade die Salivation die excessive Entwickelung der Talgdrüsen fördert. Und zwar würde ich mir denken, dafs die stark überschwemmte Schleimhaut den schädlichen Wirkungen eines traumatischen Reizes, wie er in diesen Fällen durch die schadhaften Zähne gegeben ist, in erhöhtem Mafse ausgesetzt sei, und dafs dem auf die Schleimhaut ausgeübten Reiz eine massige Entwickelung der Talgdrüsen sich anschliefst. Warum gerade die ohne ersichtlichen Zweck in die Schleimhaut verlagerten Talgdrüsen auf den Reiz antworten, bleibt allerdings ein dunkles Problem. Ich hüte mich, in weitere Hypothesen mich einzulassen. Wie weit die anatomische Untersuchung meine Auffassung bekräftigt, davon an späterer Stelle. Ob nicht auch aus irgend welchen anderen Gründen an Salivation leidende Personen, z. B. Raucher, wenn sie schadhafte Zähne haben, die Veränderung in eben so hohem Mafse zeigen können, und ob einer angespannten Thätigkeit der Speicheldrüsen eine besondere Rolle der in die Schleimhaut verlagerten Talgdrüsen parallel geht, weifs ich nicht.

Die voranstehenden Ausführungen beziehen sich nur auf Fälle, in welchen mir die Massenhaftigkeit der Körner in die Augen fiel. In Fällen, in denen es sich bei sonst gesunden Individuen um vereinzelte Körner in der Schleimhaut der Lippen und des Mundes handelt, bescheide ich mich mit der einfachen Thatsache des Vorkommens von Talgdrüsen an einer Stelle, an welcher ihr Zweck nicht zu Tage liegt, und an welcher ihre klinische Anwesenheit bislang übersehen worden ist. AUDRY (3) gebührt das Verdienst, die biologisch bedeutsame Thatsache von Klinikern als erster konstatiert zu haben. Eine histologische Untersuchung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes bei gesunden Individuen habe ich nicht angestellt.

In seiner unlängst veröffentlichten Arbeit „Über eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen" hat uns AUDRY seine anatomischen Ergebnisse mitgeteilt. FORDYCE (4) hat übrigens zuerst das klinische Bild als etwas besonderes aufgefafst. FORDYCE erwähnt, dafs die Anomalie überaus häufig bei Erwachsenen sich findet, selten beim Greise, dafs sie spärlich beim Weibe vertreten ist und nur ganz ausnahmsweise beim Kinde.

---

[2] Das Manuskript dieser Arbeit war schon abgeschlossen, als ich Gelegenheit fand, Herrn Privatdoz. Dr. LEOPOLD CASPER-Berlin bei einem Besuche in Hamburg von der gelben Körnelung der Schleimhaut und meinem Befunde zu erzählen. Herr Dr. CASPER äufserte spontan, dafs ihm die massige Entwickelung der Körner gerade bei Syphilitischen aufgefallen sei, und dafs er wiederholt um Aufklärung an Laryngologen sich gewandt habe.

Meine anatomische Untersuchung bezieht sich also auf Fälle, in welchen es nach meiner klinischen Auffassung unter dem Einfluſs eines entzündlichen Reizes zu einer aufserordentlichen Entwickelung verlagerter Talgdrüsen gekommen ist. Über die Ergebnisse kann ich mich kurz fassen. Die Oberhaut ist bis auf eine ödematöse Durchtränkung und Aufquellung der Epithelien ohne weitere Veränderung. Eine Volumsvermehrung haben auch die Talgdrüsenzellen selbst erfahren, wenn man die Talgdrüsenzelle der gesunden äufseren Haut zum Vergleich heranzieht. Im allgemeinen ist die Gröfse der Talgdrüsenzelle direkt proportional der Ansammlung von Fetttropfen im Spongioplasma, und daher besitzen die gröfsten Drüsenläppchen im Centrum auch die gröfsten Talgzellen. Daher gehen bei jeder Talgdrüsenvergröfserung sowohl eine Hyperplasie wie eine Hypertrophie der verfetteten Epithelien nebeneinander. So ist es auch hier. Viele Drüsen besitzen an ihrer Peripherie noch einen Kranz ein- und zweireihiger nicht fetthaltiger kleinerer kubischer Epithelien. Die grofsen Talgdrüsenzellen selbst lassen das spongioplastische Netzwerk in leuchtender Klarheit hervortreten.

Die Interspatien der Kollagenbündel sind erweitert, und unmittelbar unterhalb des Epithels nimmt das Kollagen das Säurefuchsin weniger kräftig an. Die Talgdrüsen liegen frei, d. h. ohne dafs sie sich an Haare bezw. Haaranlagen anschliefsen, frei mitten im Bindegewebskörper oder mehr intraepithelial, indem sie sich in die Oberhaut einschieben. Da wo die Drüse gegen das Epithel andrängt, ist die Trennung durch einen mehr oder weniger schmalen Bindegewebsstreifen gegeben, welcher im Gegensatz zu dem übrigen Bindegewebe von ein- und mehrkernigen Leukocythen und von kleinen Spindelzellen stark durchsetzt ist. Die Epithelien, welche die sich in die Oberhaut einschiebenden Talgdrüsenläppchen in nächster Nachbarschaft ausgeben, sind dicht zusammengedrängt und zwischen sie sind in geringer Zahl polynukleäre Leukocyten gelangt. Im ganzen bewegt sich die entzündliche Infiltration in mäfsigen Grenzen, die Gefäfse sind erweitert und nur stellenweise häufen sich die Zellen im Gewebe, vor allem in unmittelbarer Nähe der Talgdrüsen. In den Lumina der Gefäfse ist die Zahl mehrkerniger weifser Blutzellen vermehrt. Die entzündliche Reizung ist aber vorhanden, und wenn ich anfangs auf sie für die in Rede stehende Affektion nur ein geringes Gewicht gelegt habe, so möchte ich heute doch vor allem ihre Anwesenheit betonen und dem Leser die Entscheidung überlassen, inwieweit mich Klinik und Anatomie in meinem Falle berechtigen, von einer stärkeren Entwickelung verlagerter Talgdrüsen unter dem Einfluſs eines entzündlichen Reizes zu sprechen. Für meine Person möchte ich die Möglichkeit ausschliefsen, dafs erst Niveaudifferenzen, d. h. ein stärkeres Hervortreten des von den Talgdrüsen beherrschten Feldes in der aufgelockerten und stark durchtränkten

Schleimhaut, die Aufmerksamkeit auf die weifsgelben Körner gelenkt hat, die dann vorher in gleicher Menge vorhanden gewesen sein müssen.

Über das Zwischengewebe bemerke ich noch, dafs in dem Bereich der Vorbuckelung der Schleimhaut die elastischen Fasern eine wesentliche Schädigung erlitten haben. Sie sind zerrissen, atrophisch, dann wieder gequollen. Die Einzelfaser ist von ungleichem Kaliber und über das ganze Gewebe zerstreut finden sich feinste punktförmige und dickere Reste untergegangener Fasern. Plasmazellen sind nicht vorhanden. Ebenso habe ich nicht eine einzige Mastzelle gefunden. Was ich aber erwähnen mufs, sind solide Epithelinseln in der Nähe der Talgdrüsen und der Oberhaut, welche regelmäfsig Mitosen aufweisen. In einigen Schnitten sind die Inseln in Zusammenhang mit der Stachelschicht, aussehend, als ob sie sich abschnüren wollten.

Wo ein gleiches klinisches Bild, wie in meinen Fällen, vorliegt, würde ich bei dem Fehlen einer stattgehabten Quecksilbersalivation fragen müssen, ob Patient schadhafte Zähne habe, Raucher sei u. dergl. Der Möglichkeiten einer entzündlichen Reizung im Munde bezw. eines vermehrten Speichelflusses sind zu viele. Andererseits wissen wir auch nicht, welch' starken Anstofses es bedarf, Drüsen bezw. Drüsenanlagen zur Entwickelung und Vermehrung zu bringen. Auf keinen Fall ist dem anatomischen Bild zu viel zu entnehmen. Ich komme hierauf aber noch später zurück.

Von dem anatomischen Bild der Talgdrüsen will ich noch nachtragen, dafs ich an ihnen nichts gefunden habe, was als Andeutung von Haaren aufzufassen ist. Ich hebe das hervor, weil AUDRY bei den besser entwickelten subepithelialen Drüsen an der Stelle des Zusammenflusses ihrer intralobulären Septen zarte, blattartige, durch das Pikrokarmin stark gelb gefärbte Massen gesehen hat und den Ausführungsgang der Drüsen mit Garben gelber Schüppchen sich füllen läfst, welche sich am oberen Ende pinselförmig aufsplittern. Das obere Ende der Garbe überragt dann den Kanal, aus welchem sie hervorkommt. AUDRY ist gewillt, die gelben Massen als Rudimente von Haaren aufzufassen. Bei meinen von AUDRY abweichenden Angaben mufs ich aber immer darauf hinweisen, dafs mir ein entzündliches Bild vorliegt. AUDRY sagt mit Nachdruck, dafs er keine Spur von Reizung in dem die Drüsen umgebenden Bindegewebe gefunden hat. Meine Angaben können daher durchaus nicht als im Widerspruch mit AUDRY stehend erachtet werden.[3]

[3] AUDRY erwähnt, dafs die kleinen Körner bald dünn gesät, bald dicht gedrängt vornehmlich in der Aufsenzone der einen oder der anderen Lippe ihren Sitz haben. Nur ausnahmsweise gelangen, wie in dem von FORDYCE abgebildeten Falle und bei einem seiner Kranken, die Körner dazu, von der einen oder der anderen Lippe in ihrer ganzen Ausdehnung Besitz zu ergreifen. In meinen Fällen war die Wangenschleimhaut stärkst beteiligt, den Zahnreihen entsprechend, und ich glaube sicher zu sein in der Annahme, dafs mir klinisch weit stärkere Ansammlungen von Talgdrüsen vorgelegen haben als AUDRY.

Die beschriebenen Talgdrüsen unterscheiden sich von denen der äufseren Haut nur dadurch, dafs sie, wie gesagt, mit Haarbälgen nicht in Verbindung stehen, sondern frei in der Haut sich öffnen. Sie sind teils einfach schlauchförmig, teils einfach traubenförmig, soweit mir mein kleines Material ein Urteil gestattet, doch überwiegen letztere bei weitem. Der Ausführungsgang durchläuft in gerader Richtung die Stachelschicht, ist da, wo die Drüsen bezw. das Drüsenkonglomerat in die Oberhaut sich einschieben, sehr kurz und auch weit. Die Mehrzahl meiner Schnitte verrät mir aber nichts über die Beziehung der Drüsen zu der Oberhaut und zeigt sie mir ohne Ausführungsgang. Ausgedehnte anatomische Untersuchungen sind hier von nöten, um AUDRYS Angaben zu bestätigen, nach welchen der Ausführungsgang durch einen einfachen Substanzverlust dargestellt wird, der mehr oder minder röhrenförmig aussieht, fast geradlinig verläuft und von eleidinhaltigen Stachelzellen begrenzt wird. Nach dem, was ich gesehen habe, finde ich keinen Grund daran zu zweifeln, dafs die Talgdrüsen der Mundschleimhaut sich ebenso entwickeln, wie z. B. an der Glans penis,[4] wo sie auch selbständig vorkommen. Ihre Entwickelung geht hier direkt von der Epidermis aus und verläuft im einzelnen nach demselben Typus, den wir bei den mit Haaren in engster Beziehung stehenden Talgdrüsen kennen.

Über die Entwickelung der Talgdrüsen will ich hier KÖLLIKERS Worte citieren:

„Die Talgdrüsen entwickeln sich als Wucherungen der äufseren Wurzelscheide der Haarbälge zwischen dem 4. und 5. Fötalmonate. Die anfangs warzenförmigen Auswüchse gestalten sich nach und nach zu birn- und flaschenförmigen Gebilden, in welchen dann eine Höhle dadurch entsteht, dafs die innersten Zellen dieser Anlagen eine physiologische Fettmetamorphose erleiden. Dieses Fett wird dann als erstes Sekret oder Hauttalg in die Haarbälge, deren Haare mittlerweile durchgebrochen sind, entleert. Die weitere Entwickelung der Talgdrüsen ist leicht zu begreifen. Die Zellenmasse derselben wuchert durch solide Sprossenbildung weiter, wodurch die Drüse verästelt, traubenförmig wird, und in diesen Knospen geht dann die Bildung von Höhlungen genau ebenso vor sich, wie in den ersten Anlagen. Die Bildungsgesetze sind mithin bei diesen Drüsen insofern im Einklange mit dem, was wir bei den Haaren fanden, als es ebenfalls die Keimschicht der Epidermis ist, von der ihre Entwickelung ausgeht und die Drüsenanlagen anfänglich auch nichts als solide Massen sind, in denen dann durch Differenzierung der Elemente ein Gegensatz zwischen Wand und Innerem entsteht."

Mit Bezug auf den feineren Bau der Talgdrüse der äufseren Haut erinnere ich hier nur, dafs

[4] Dem Urologen sind die kleinen, weifslichgelben, nicht oder nur eben über die Haut hervorragenden Punkte an der Corona glandis bezw. dem inneren Blatte des Präputium bekannt. Es handelt sich hier um die sogen. TYSONschen Drüsen. Einen sehr prägnanten Fall excessiver Entwickelung dieser zeigte mir vor einiger Zeit Herr Dr. STAMM. Der 20jährige Patient hatte in der Furcht vor einer venerischen Infektion ihretwegen ärztliche Hülfe gefordert.

„jede Talgdrüse eine äufsere zarte Hülle von Bindegewebe besitzt, die von dem Haarbalge oder bei freien Drüsen von der Lederhaut ausgeht und im Innern Zellenmassen beherbergt, die je nach den verschiedenen Gegenden der Drüsen verschieden sich verhalten. Gerade wie die Bindegewebshülle des anstofsenden Haarbalges, so geht auch ein Teil der äufseren Wurzelscheide (seltener auch die Hornschicht der Epidermis) in den Gang selbst über und kleidet denselben mit einer zwei- bis sechsfachen Schicht von kernhaltigen, rundlichen oder vieleckigen Zellen aus. —"

Indem ich das weitere Schicksal dieser äufseren Zellschicht übergehe:

— „Wenn wir die innersten Zellen des Acinus, die nur selten noch Kerne entdecken lassen, nach den Ausführungsgängen zu verfolgen, so ist nichts leichter als die Wahrnehmung, dafs ähnliche Zellen ohne Unterbrechung eine an die andere gereiht, auch in diese, d. h. in den von ihrem Epithel umschlossenen Raum sich fortsetzen, dann, in den Haarbalg eingetreten, den Raum zwischen dem Haare und der Oberhaut des Haarbalges einnehmen und schliefslich nach aufsen abgeschieden werden."

Wo die Talgdrüsen frei in der Haut sich öffnen, da ist es daher ihrer Entwickelung direkt aus der Oberhaut entsprechend, dafs sich die Lagen der Oberhaut direkt in dem Ausführungsgang fortsetzen, und dafs die verfetteten Zellen direkt auf die Oberfläche der Haut bezw. Schleimhaut gelangen.

Bei der Kleinheit des von mir untersuchten Materiales will ich die Frage gar nicht aufwerfen, ob die Neubildung der Drüsen ausschliefslich von den präexistierenden ausgeht, oder ob sich auch die Oberhaut daran beteiligt, d. h. ob in meinen Fällen auch eine Neuanlage von Drüsen statthat.

Die Verteilung der Mitosen im Epithel, das Auftreten und die Verteilung solider Epithelsprossen, wenn letztere einer Zunahme der Talgdrüsen auch unter pathologischen Verhältnissen voraufgeht, diese und andere Punkte wären heranzuziehen. Ob die oben erwähnten soliden Epithelnester in dem angezogenen Sinne eine Bedeutung besitzen, will ich unentschieden lassen.

Mit UNNA teilen wir die Talgdrüsen in eigentliche, d. h. solche, welche entwickelungsgeschichtlich mit Haaren zusammenhängen, und in uneigentliche, d. h. solche, welche von Haaren ganz unabhängige Drüsenarten darstellen. Letztere nennt UNNA zweckmäfsig Talgdrüsen der Schleimhauteingänge. Zu ihnen gehören die grofsen MEIBOMschen Drüsen, welche in der Haut der Augenlider senkrecht zum freien Rand eingebettet sind, die spärlichen sogenannten TYSONschen Drüsen der Eichel und Vorhaut des Penis, die grofsen Talgdrüsen der kleinen Schamlippen, welche einen zierlichen Kranz senkrecht aufsitzender Acini tragen, endlich die Talgdrüsen des roten Lippenrandes. KÖLLIKER giebt über die Entwickelung und die feineren anatomischen Verhältnisse dieser Talgdrüsen sehr detaillierte Angaben, welchen ein natürlich erschöpfendes Litteraturverzeichnis

angehängt ist. Ich hebe hier nur heraus, dafs nach KÖLLIKER die von ihm aufgefundenen Talgdrüsen des roten Lippenrandes an dem Teile sitzen, der bei geschlossenen Lippen von aufsen sichtbar ist. „Sie finden sich vor allem an der Oberlippe, seltener an der Unterlippe. Auch dort sind dieselben, wenn auch in der Regel vorhanden, doch nicht beständig und auch an Zahl sehr wechselnd, so dafs oft nur einige wenige Drüschen (meist am Mundwinkel), andere Male 50—100 solcher sich finden. Nach WERTHEIMER sind diese Drüsen bei Neugeborenen noch nicht vorhanden, ebensowenig wie die der Labia minora. (*Arch. général.* 1883.)"

Zu den eigentlichen Talgdrüsen gehören mit Recht hingegen diejenigen, welche entwickelungsgeschichtlich mit Haaren zusammenhängen, dieselben später aber verlieren oder die Haare räumlich so überwuchern, dafs letztere als Anhängsel der Talgdrüsen erscheinen. Hierher gehören die Talgdrüsen der Innenseite der grofsen Schamlippen, die grofsen Talgdrüsen der Nase und des äufseren Ohres, die der Brustwarze und des Warzenhofes beim Manne und die zur äufseren Haut gehörigen Carunculae lacrymales.

KÖLLIKER giebt sehr gute Abbildungen solcher Talgdrüsen, bei welchen Drüsengänge und Haarbälge ungefähr gleich stark sind und in einem gemeinsamen Gang münden, den man ebenso gut als Fortsetzung des einen oder des anderen Gebildes betrachten kann. Ein anderes Bild zeigt, wie die Haare zu den Drüsengängen in ein untergeordnetes Verhältnis treten können, sodafs sie mit ihren Bälgen in die Drüsen ausgehen und selbst zur Drüsenöffnung herauskommen. Das Haar erscheint hier eben als Anhängsel der Drüse. Diese Bilder würden den Übergang zu dem bilden, was AUDRY gesehen hat. Er beschreibt nur noch Rudimente von Haaren, „einige Erinnerungen an Haare" in Gestalt der gelben Schüppchen im Ausführungsgange und an der Stelle des Zusammenflusses der interlobulären Septen oder Drüsen.

Nach AUDRY handelt es sich also bei den von ihm gefundenen Talgdrüsen um solche, welche durchaus nicht unabhängig von Haaren sich entwickeln. Die Talgdrüsen der Lippen- und Wangenschleimhaut — zwischen beiden macht AUDRY keinen Unterschied — gehören vielmehr zu den eigentlichen Talgdrüsen. Dieser Auffassung stehen KÖLLIKER und UNNA entgegen, welche die Drüsen der Lippenschleimhaut sich unabhängig von Haaren entwickeln lassen.

Bei AUDRY heifst es am Schlufs seiner inhaltvollen Arbeit:

„Es ist offenkundig, dafs diese Veränderung interessante Probleme aufwirft. In erster Reihe: Es ist einfach schwierig, die Trennungslinie der Haut und Schleimhaut anzugeben. Haben die Embryologen jemals im Verlauf der Entwickelung des Mundes Einstülpungen (invaginations) von Haaren gefunden? Giebt es Tiere, bei denen sich Haare auf der Innenfläche der Wangen finden?

Für den Augenblick werde ich einfach folgende Hypothese aufstellen: Es kann sich hier um verirrte, eingestülpte (invaginées) Keime handeln, die aus dem fötalen Leben stammen und sich in der Pubertät und zur selben Zeit mit den Kopf- und Schnurr barthaaren entwickeln. Es sind das Rudimente von Haaren in der Wangenschleimhaut. Die Abwesenheit dieser Veränderung beim Kinde, ihre geringe Entwickelung und ihre Seltenheit bei der Frau können als Stütze meiner Hypothese dienen, welche ganz allgemein in Beziehung zu unseren Kenntnissen über den ektodermalen Ursprung der Schleimhaut des Mundes steht."

AUDRYs geistreiche Hypothese giebt mir noch Anlafs zu einigen weiteren Ausführungen.

Im voranstehenden Kapitel habe ich schon KÖLLIKER und UNNA angeführt, welche die Talgdrüsen des roten Lippenrandes als unabhängig von Haaranlagen betrachten. Die Talgdrüsen des roten Lippenrandes — das habe ich auch schon angeführt — stehen für AUDRY auf gleicher Stufe mit den Talgdrüsen der Wangenschleimhaut. Ich will bei dieser Gelegenheit mit Bezug auf obige Frage, ob Embryologen jemals im Verlauf des Mundes Einstülpungen von Haaren gefunden haben, auf eine weniger beachtete, aber sehr gründliche Arbeit hinweisen. Dr. OTTO NEUSTÄTTER (7) hat 1894 Untersuchungen über den Lippensaum beim Menschen, seinen Bau, seine Entwickelung und seine Bedeutung veröffentlicht. Als Lippensaum bezeichnet NEUSTÄTTER denjenigen Teil der Lippenoberfläche, welcher sich zwischen behaarter Haut und Schleimhaut einschiebt. Beim Erwachsenen erscheint der Lippensaum als eine glatte, haarlose, nicht glänzende Hautpartie, die bei den weifsen Rassen durch ihre rote Farbe sich von der Nachbarschaft abhebt und beim ersten Anblick ein einheitliches Aussehen darbietet. Beim Neugeborenen hingegen fällt eine scharfe Trennung in eine äufsere und innere Zone auf. Über die feineren anatomischen Verhältnisse der beiden Zonen und über die Vorgänge, welche zu einem mehr einheitlichen Aussehen des Lippensaumes beim Erwachsenen führen, liegen aus älterer und neuerer Zeit eine Fülle von Arbeiten vor.[5] Hier will ich für unseren Zweck nur hervorheben, dafs fast ohne

[5] NEUSTÄTTER teilt die Ansichten der Autoren, welche über die Lippen des Neugeboren gearbeitet haben, in vier Gruppen ein: 1. Die Schleimhaut des Mundes beginnt an der vorderen Lippenkante, es stofsen also behaarte Haut und Schleimhaut aneinander. 2. Zwischen behaarte Haut und Schleimhaut schiebt sich eine drüsen- und haarlose Zwischenzone ein. 3. Zwischen Haut und Schleimhaut schieben sich zwei Zonen ein, von denen die äufsere durch niederes Epithel und niedere Papillen, die innere durch hohes Epithel und hohe Papillen charakterisiert ist. 4. Haut und Schleimhaut sind durch drei Zonen getrennt: a) die auf die Haarzone folgende Zone mit nur kleinen Härchen, aber sehr grofsen Drüsen; b) und c) die vorhin beschriebene äufsere und innere Zone. — Was wird aus den Zonen beim Erwachsenen? Die Antworten der an dieser Frage beteiligten Autoren lauten ganz auseinandergehend. Ich will auf diese und auf NEUSTÄTTERS Ansichten hier nicht eingehen, nur erwähnen, dafs NEUSTÄTTER Ausbildung und Rückbildung des doppelten Lippensaumes beim Neugeborenen mit dem Sauggeschäft in Beziehung bringt. Es tritt demnach eine Art Inaktivitätsatrophie ein. Mit dem ausführlicheren Referat der citierten Arbeit will ich hier nur hervorheben, wie zahlreiche Arbeiten das Fehlen

Ausnahme (über diese vergl. Anm.) die behaarte Haut einheitlich den übrigen Zonen gegenübergestellt wird und dafs gerade in den besten Arbeiten das scharfe Abschneiden der Drüsen geschildert wird. Entwickelungsgeschichtlich will ich anführen, dafs es festzustehen scheint, dafs die hintere Zone ein Derivat der Schleimhaut ist. Über die äufsere Zone gehen die Ansichten auseinander. Aus vergleichend anatomischen Gründen gelangt Neustätter schliefslich dazu, auch die äufsere Zone auf die Schleimhaut zurückzuführen. Wenn der Bau der äufseren Zone dem der äufseren Haut ähnelt, in ihr sogar vereinzelt Talgdrüsen und Haare gefunden sind, so spricht das für einen Rückbildungsprozefs, der die äufsere Zone, welche den gleichen Insulten wie die behaarte Haut ausgesetzt ist, ihrer Funktion möglichst anzupassen versucht.

Neustätters Arbeit berührt allerdings garnicht die Frage, wie weit die Schleimhaut des Mundes überhaupt ektodermalen Ursprungs ist. Die Frage harrt auch noch der Beantwortung. Die Mundbucht kommt, indem ich mich an Hertwigs Entwickelungsgeschichte (8) anlehne, bei allen Wirbeltieren dadurch zu stande, dafs die Epidermis an der unteren Seite der Kopfanlage zu einer kleinen flachen Grube sich einsenkt und dem blinden Ende der Kopfdarmhöhle entgegenwächst. Indem das dazwischen liegende Gewebe im Grunde der Mundbucht schwindet, stofsen Epidermis und Darmdrüsenblatt unmittelbar zusammen und verwachsen zu einer dünnen Haut, welche als Rachenhaut bezeichnet wird. Durch Einreifsen derselben und unter Rückbildung der unter dem Namen der primitiven Gaumensegel bekannten Fetzen wird hierauf die Kommunikation nach aufsen hergestellt. Die vor der Rachenhaut gelegene Mundbucht und das hinter ihr befindliche vordere Ende des Kopfdarmes entsprechen aber nicht den in der Anatomie des Erwachsenen als Mund- und Rachenhöhle unterschiedenen Räumen. Hertwig sagt dann wörtlich: „Im übrigen läfst sich infolge des frühzeitigen und vollständigen Schwundes der Rachenhaut nicht mehr genau angeben, an welche Stelle beim Erwachsenen der Übergang der von der Epidermis ausgekleideten primitiven Mundbucht in die Epithelschicht des Darmrohrs zu suchen sei.“ Audrys und meine Mitteilungen machen auf jeden Fall eine erneute eingehende anatomische Untersuchung der Schleimhaut des Mundes erforderlich, wie sie überhaupt die in voranstehenden Zeilen liegenden Fragestellungen komplizieren. Für meine Person denke ich sogar an die Möglichkeit, aus der Lage der Grenzlinie, bis zu welcher Talgdrüsen in der Mundschleimhaut vorkommen, Rückschlüsse zu machen auf die Übergangslinie der primitiven Mundbucht

---

von Talgdrüsen in dem Lippensaum konstatiert haben. „Krause, der dem Lippensaum in seinem äufseren Teil Talgdrüsen zuschreibt, steht mit dieser Behauptung, insofern er dies als Regel betrachtet, ganz allein da. Kölliker hat einmal dies beobachtet und es als Seltenheit beschrieben.“

in die Epithelschicht des Darmrohrs. Nach unserem Wissen ist letztere nicht befähigt, Drüsen von der Struktur der Talgdrüsen der äufseren Haut zu produzieren, und für die Annahme einer weitgreifenden metaplastischen Umwandlung des inneren Keimblattes im Bereich der Mundbucht liegt kein Grund vor.

Ich möchte noch auf einen anderen Punkt zu sprechen kommen. FORDYCE und AUDRY geben an, dafs die gelbe Körnelung der Schleimhaut des Mundes beim Kinde fehle, beim Weibe selten sei. Diese Thatsache hat AUDRY auf den Gedanken gebracht, dafs es sich um verirrte Keime handele, welche aus dem fötalen Leben stammen und sich in der Pubertät und zur selben Zeit mit den Kopf- und Schnurrbarthaaren entwickeln. Ich glaube ,dafs auf Grund dieser ja an und für sich bestechenden Idee AUDRY seine Horngarben etwas zu rasch für „rudimentäre Haare" erklärt hat. Aber ganz abgesehen von der Frage, ob die Talgdrüsen der Mundschleimhaut abhängig oder unabhängig von Haaren sich entwickeln: wir stehen vor der Thatsache, dafs (höchstwahrscheinlich zur Zeit der Pubertät) im späteren Leben an einer normalerweise talgdrüsenfreien Fläche Talgdrüsen erscheinen. Es handelt sich also um eine abnorme kongenitale Keimesanlage, welche zu einer bestimmten Zeit des Lebens sichtbar wird, und welche — das ändert aber an der prinzipiellen Auffassung garnichts — durch besondere Einflüsse, die ich in meinen Fällen in der Salivation und einem durch die Reihen schadhafter Zähne ausgeübten Druckreiz sah, zu einem excessiven Wachstum gelangen können.[6] Für solche abnormen Keimesanlagen, mögen sie kongenital gleich auffallen oder erst im späteren Leben zur Entwickelung kommen, haben wir vor der Hand, wenn es sich um die äufsere Haut handelt, keine andere pathologisch-anatomische Bezeichnung, als die des Naevus. An diesem Raisonnement ändert nichts die Überlegung, welche ich oben angestellt habe: ob in meinen Fällen auch eine Neuanlage von Drüsen aus der Stachelschicht statthatte oder nur ein Auswachsen vorgebildeter Keime. Die Differenzierungsfähigkeit der Oberhaut im ersteren Falle würde entscheidend sein.

---

[6] Übrigens ist es auch nicht ausgeschlossen, dafs an Stelle der Pubertät erst ein traumatischer bezw. entzündlicher Reiz die Ursache des „Naevus tardif" in meinen Fällen geworden ist. In beiden Fällen war eine Bestimmung nicht mehr möglich, ob und in welchem Umfang zur Zeit der Pubertät die gelbe Körnelung der Mundschleimhaut aufgetreten war. Dem Begriff des „Naevus" ordnet sich die Idee schwieriger ein, dafs die Entwickelung kongenitaler Keime, veranlafst durch die Pubertät, nachträglich durch neue Einflüsse noch gesteigert wird. Eine solche Steigerung bedeutet für die äufsere Haut schon die Gefahr einer bösartigen Umwandlung des Naevus. — CASPARYS (9) Fall von Adenoma sebaceum, den JADASSOHN (10) — auf dessen klare Ausführungen über Talgdrüsennaevi in seiner Arbeit „Zur Kenntnis der systematisierten Naevi" hier verwiesen sei — als Naevus auffafst, entwickelte sich im Anschlufs an eine Variola. In meinen Fällen ist der Einflufs entzündlicher Reizung erwiesen durch das Ergriffensein der Schleimhaut innerhalb zweier Zonen, welche den Zahnreihen parallel laufen, und andererseits gehören die Talgdrüsen zu den der Mundschleimhaut nicht angehörenden Elementen, welche erst während der Pubertät sichtbar werden.

Und jetzt noch eine Frage von mehr untergeordneter Bedeutung. AUDRY spricht in der Überschrift zu seiner Arbeit von einer Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen. AUDRY sagt aber in seinen histologischen Einzelangaben, dafs die Talgdrüsen nur zu einem Teil atrophisch sind, ein Teil an ihnen ist gut entwickelt, wenn auch klein. Eine Atrophie der Drüsen schlechthin in anatomischem Sinne kann AUDRY daher nicht meinen. Wohl aber ist der Autor berechtigt, von einer Atrophie im physiologischen Sinne zu sprechen und das umsomehr, wo die Drüsen nach den Ergebnissen AUDRYS an rudimentäre Haare sich anlehnen. In Parallele hierzu erwähne ich, dafs in der äufseren Haut die Talgdrüsen im Alter an vielen Stellen, wo die Haare ausgefallen sind, hypertrophieren. Diese lokale Hypertrophie dient schwerlich, wenn ich UNNAS Worte gebrauchen darf, einer besonderen Funktion der Talgdrüsen an diesen Stellen, sondern ist eher als eine physiologische Verkümmerung epithelialer Gebilde aufzufassen, welche phylogenetisch zu höherer Produktivität (Haarbildung) angelegt waren. Es ist bei der äufseren Haut eine geradezu Gesetz zu nennende Regel, dafs eine Hypertrophie der Talgdrüsen mit einer entsprechenden Atrophie der Haare an den betreffenden Haarbälgen einhergeht. Das physiologische Vorbild dieses Konnexes liefert die Nase mit ihren übertrieben grofsen Talgdrüsen und den kaum wahrnehmbaren Flaumhaaren.[7] Trotz der Volumszunahme der Talgdrüsen unter diesen Verhältnissen wäre es angebracht, von einer physiologischen Atrophie zu reden.[8]

Da für mich aber das Vorkommen rudimentärer Haare in der Schleimhaut der Lippen und Wangen nicht ohne weiteres ausgemacht ist, und es mir andererseits nahe liegt, in der AUDRYschen Affektion eine Mifsbildung im Sinne des Naevus der äufseren Haut zu erblicken, möchte ich selbst die Bezeichnung atrophischer Talgdrüsen ablehnen. Von atrophischen Talgdrüsen im anatomischen Sinne hat FELIX PINKUS (11) das Recht zu sprechen. PINKUS beschreibt eine bestimmte Art von Epithelanhängen, eigentümliche mantelförmige Haaranhänge, die im Längsschnitt als läng-

[7] Die Pathologie lehrt vielfach ähnliches. Wenn z. B. beim seborrhoischen Ekzem der Kopfhaut die Haarbälge kürzer und enger werden und ein spärlicher Flaum das starke Kopfhaar ersetzt, so vergrößern sich die Talgdrüsen der Region und können auf ganz kahlen Köpfen bedeutende Dimensionen annehmen. Es würde hier zu weit führen, das Wechselverhältnis zwischen Haarbalg und Talgdrüse weiter zu beleuchten. Bei einer ganzen Reihe proliferativer Hautkrankheiten, die mit einem Schwund der Talgdrüsen einhergehen, wird der betreffende Epithelbezirk ohne weiteres wieder in die Stachelschicht des Haarbalges einbezogen, von welchem er sich früher losgelöst hatte.

[8] Zur Verteidigung eines solchen Standpunktes weise ich darauf hin, dafs wir in der Pathologie z. B. von einer braunen Atrophie des Herzens auch dann sprechen, wenn die einzelne Herzmuskelzelle an Volumen noch nicht verloren hat; sie kann sogar anschwellen unter der Ansammlung des charakteristischen Pigments. Mit der Atrophie drücken wir hier die Verschlechterung des Stoffwechsels und Abnahme der Leistungsfähigkeit aus.

liche seitliche Epithelsprossen, im Querschnitt als Ring, um den Follikel herumgelegt, sich darstellen. Die betreffenden Follikel sind meistens klein, haben keinen Arrector pili, oft gar keine Talgdrüsen, und mangelhaft differenzierte Wurzelscheiden. Die meisten enthalten Kolbenhaare, und es hängt an ihnen oft schon ein neugebildetes, dicht nachrückendes Papillenhaar. Solche Haare, bei welchen im Gegensatz zu normalen an Stelle des gewöhnlichen Talgdrüsenkranzes ein mehr oder minder ausgebildetes cylindrisches Epithelrohr gelegen ist, welches selbst mehr oder minder echte Talgdrüsenzellen enthalten kann, nennt PINKUS Mantelhaare; für ihr Auftreten macht er eine hochgradige Raumbeschränkung durch den Druck gröfserer Gebilde (pathologische Einlagerungen wie bei Warzen und Naevi, oder normale Bildungen wie bei behaarter Kopfhaut) verantwortlich. Da bei den Mantelhaaren die Talgdrüsen durch äufsere Einflüsse an Ort und Stelle nicht zur Entwickelung kommen, würde die Bezeichnung „atrophischer Drüsen" der „rudimentärer" vorzuziehen sein, welch letztere PINKUS gebraucht. „Rudimentär" müfste auch hier die Verkümmerung des Keimes in phylogenetischer Beziehung zur Voraussetzung haben.

Litteratur.

1. Die Krankheiten des Mundes. Jena, Gustav Fischer. 1898.
2. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 29. No. 3. S. 104.
3. Ebendaselbst. S. 101.
4. *Journ. of cut. and gen.-urin. diseases.* Nov. 1896. A peculiar affection of the mucous of the lips and oral cavity.
5. Handbuch der Gewebelehre des Menschen. 6. Aufl. Leipzig, Engelmann. 1889.
6. ZIEMSSEN, Handbuch der spez. Pathologie und Therapie. Abt.: Hautkrankheiten. I. UNNA, Entwickelungsgeschichte und Anatomie der Haut.
7. Über den Lippensaum beim Menschen, seinen Bau, seine Entwickelung und seine Bedeutung. *Jenaische Zeitschr. f. Naturwissenschaften.* 29. Bd. N.F. XXII. Jena, Gustav Fischer.
8. Lehrbuch der Entwickelungsgeschichte des Menschen und der Wirbeltiere. Jena, Gustav Fischer. 1888.
9. Adenoma sebaceum. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. S. 375.
10. Zur Kenntnis der „systematisierten Naevi". Ibidem. 1895. S. 355.
11. Über eine Form rudimentärer Talgdrüsen. Ibidem. Bd. 41.

Erklärung der Tafel.

Fig. 1. Die Veränderung der Wangenschleimhaut.

Fig. 2. Mit Hämatein gefärbter Schnitt. Das Material entstammt dem ersten Fall. Alkoholfixation.

Fig. 3. Mit alkoholischer Safraninlösung gefärbter Schnitt. Das Material entstammt dem zweiten Fall. Flemmingfixation.

Über die therapeutische Anwendung der Eigone (Jodeiweifsverbindungen).

Von

Dr. Chrzelitzer,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Posen.

Es ist wohl eine bekannte Erfahrung, dafs ein grofser Teil von Patienten mit venerischen Erkrankungen ängstlich „um nicht durch den penetranten unangenehmen Geruch des Jodoforms verraten zu werden" die Anwendung dieses Medikamentes vermieden wissen will. Dafs man daher seit langer Zeit bemüht ist, Ersatzmittel zu schaffen, die gleichzeitig die wirksame Substanz enthalten, ohne die bekannten unangenehmen Nebenwirkungen zu besitzen, ist wohl begreiflich. Die infolge dessen so vielfach in den Handel gebrachten Präparate haben wohl in vieler Hinsicht vorzügliches geleistet, mufsten aber doch wegen ihrer geringen antibakteriellen Kraft oder sonst nicht genügenden Leistungsfähigkeit zurückgestellt werden. Es war daher erklärlich, wie schwierig es sein dürfte, ein dem Jodoform, dessen gute Wirkung wir uns nicht verhehlen dürfen, ähnliches Präparat zu schaffen, ohne dessen unangenehme Eigenschaften zu besitzen. Diese Forderungen scheinen die „Eigone" zu erfüllen, welche nach einem Verfahren von Dr. Dieterich hergestellt, dem Jodoform, das trotz aller Desodorierungsversuche seinen unangenehmen Geruch nicht verlor, nicht nur an die Seite gestellt zu werden verdienen, sondern es sogar in vieler Hinsicht übertreffen. Diese „Eigone" sind Jodeiweifsverbindungen, die das Jod fest gebunden enthalten und eine bestimmte Menge Jod gebunden haben. Gegenüber anderen Jodpräparaten hat dieses Mittel nach den chemischen Ermittelungen von Dr. Dieterich (*Pharm. Ztg.*) den Vorteil, dafs wirklich freies Jod nicht abgespalten wird, dafs aber die Jodeiweifsverbindung zersetzt und das freiwerdende Jod sofort wieder durch andere Eiweifsstoffe, überhaupt scheinbar lösliche Proteinstoffe gebunden wird. Diese Abspaltung und sofortige Wiederneubindung zu anderen, scheinbar löslichen Eiweifsverbindungen, ferner die Beobachtung des Auftretens von Jodwasserstoffsäure dürften den Wert dieses Präparates — trotz seines verhältnismäfsig geringen Jodgehalts — erhöhen und die aufserordentlich starke desinfizierende Kraft erklären lassen. Diesen Vorteil gegenüber Jodoform ersehen wir sofort bei Wunden, die keine in Zersetzung begriffene Sekrete enthalten. Hier können wir die bemerkenswerte Beobachtung machen, dafs dieses Eigonpräparat eine

schnelle Reinigung des Geschwürs herbeiführt, die Wunde schnell granulieren läfst und zur Heilung bringt, während Jodoform hier seine antiseptische Kraft versagt und beinahe indifferent erscheint. Welch hoher Desinfektionswert diesen Eigonpräparaten zukommt, beweisen uns die von Tischer und Beddies (*Allg. med. Centralztg.*) gemachten Versuche, die mit verschiedenprocentigen Eigonpulvern operierten und zu folgendem Resultat kamen:

Diese Autoren benutzten frisch geimpfte virulente Agarstrichkulturen von Milzbrand, Staphylococcus pyogenes aureus, Typhus, Diphtherie, Cholera, schichteten über diese Testobjekte in weiten Reagensröhren bezw. Petrischen Schalen das Eigonpulver und kontrollierten in entsprechenden Intervallen die Wirkung durch Abimpfen und mikroskopische Beobachtung. Nach Einwirkung von konzentriertem α-Eigon verlor der Staphylococcus pyogenes aureus nach $^3/_4$ Stunden seine Virulenz, während der Typhusbacillus nach $^1/_2$ Stunde und Diphtherie-, Cholera- und Milzbrandkulturen nach $^1/_4$ Stunde in ihrer Entwickelung gehemmt wurden. Dasselbe Resultat erzielten sie bei Anwendung von 50%igem α-Eigon, während bei 10%igem α-Eigon der Staphylococcus nach 3 Stunden, Typhus und Milzbrand nach 2 Stunden, Diphtherie nach $1^1/_2$ Stunden und Cholera nach 1 Stunde abgetötet wurden.

Diese eklatanten Erfolge sprechen für sich selbst und lassen die Einführung dieses Präparates in die Praxis als gerechtfertigt erscheinen. Nachdem ich seit ca. $^3/_4$ Jahren mich bei der Behandlung von Ulcus molle, durum, Ulcus cruris, Balanitis etc. etc. dieses Medikamentes bediene, kann ich es nach meinen Erfahrungen beinahe als das Ideal eines Wundstreupulvers bezeichnen. Es würde mich zu weit führen, hier alle Fälle aufzuzählen, die ich mit α-Eigon mit Erfolg behandelt habe, aber einige schwierigere dürften zur Illustrierung der therapeutischen Wirkung genügen.

Ich dürfte vor allem eines Falles gedenken, der mir ganz besonders Anlafs zu weiteren Versuchen gab:

Es handelte sich um einen Arbeiter, der sich angeblich zum ersten Male infiziert hatte. Nachdem ich die kolossale ödematöse Schwellung des Präputiums durch kühle Umschläge gemäfsigt und die bestehende Phimosis beseitigt hatte, bemerkte ich ca. sechs Ulcera, die zum Teil zu konfluieren begannen, mit starkem, gelbgrünlichem Eiter belegt, dem ein penetranter Geruch entströmte. Nach täglichen Spülungen mit Kalium permanganicum-Lösung liefs ich 10%iges α-Eigon aufstreuen; nach zweimal täglicher Reinigung konnte ich bald ein Schwinden des putriden Geruchs bemerken, nach ca. sieben Tagen fingen die Geschwüre zu granulieren an und nach weiteren 14 Tagen konnte ich den Patienten als geheilt entlassen.

Wenn auch die Kaliumspülungen ihren Teil zur Heilung beigetragen haben, so glaube ich doch vor allem dem 10%igen α-Eigonpulver den

schnellen Erfolg zuschreiben zu müssen; nach kaum einer Woche hatte das ganze Bild ein anderes Aussehen bekommen. Die schnelle Reinigung der Geschwüre, welche sich um den ganzen Sulcus coronarius ausbreiteten, und die noch schnellere Beseitigung des gräfslichen Geruches, weshalb dieses Präparat mir besonders als Desodorierungsmittel imponierte, hatten mich ganz besonders überrascht.

Ein zweiter Fall, der wohl ebenso wegen seiner schnellen Heilung und der ganz besonders den antibakteriellen Wert erkennen liefs, ist folgender:

Ein junger Mann hatte sich einen extragenitalen Schanker zugezogen, der, ehe der Patient zu mir kam, bereits von anderer Seite behandelt worden war. An der unteren Bauchhaut befand sich ein ca. 3 cm langes, speckig belegtes, kraterförmiges Geschwür, dessen Basis sklerosiert erscheint. Die Leistendrüsen waren geschwollen. Das Geschwür besteht angeblich vier Wochen und hat trotz vielfacher Pulver- und Salbenbehandlung keine Besserung gezeigt. Nach gründlicher Reinigung mit 1‰iger Sublimatlösung bedeckte ich das Geschwür mit 20%igem α-Eigon und liefs einen regulären Verband zwei Tage liegen. Nach Abnahme desselben war eine vollkommen reine Wundfläche zu sehen, die Eiterung verschwunden und nach zehn Tagen erfolgte prompte Heilung.

Im allgemeinen erfolgte die Heilungsdauer in ca. drei Wochen bei ungefähr 50 Fällen, die ich der Behandlung mit α-Eigon unterworfen habe.

Eine ebenso schnelle und gute Wirkung war in unseren Fällen von Balanitis zu erzielen.

Ganz hervorragend günstig erwies sich mir das Pulver bei der Behandlung eines Unterhautgumma.

Die livid verfärbte Haut war an mehreren Stellen perforiert. Durch diese Perforationen floss reichlich eitriges Sekret, wobei auch nekrosierte Partien des Gumma zum Vorschein kamen. Die Ränder des Geschwürs erschienen bläulichrot und verdickt; der Grund ist mit nekrotischen Fetzen bedeckt und infiltriert. Nach Anwendung des obengenannten Pulvers stiefsen sich diese Fetzen ab, die Eiterung, die vorher sehr reichlich war, wurde spärlicher, bis der Grund röter wurde und bestimmte Tendenz zur Heilung zeigte. Hier mufste ich allerdings mit Jod innerlich nachhelfen; jedenfalls zeigte die äufsere Anwendung eine schnelle Reinigung des Geschwürsgrundes von den nekrosierten Fetzen und rasche Granulation.

Nach diesen Erfolgen lag es nahe, diese Medikation bei Ulcera cruris anzuwenden.

Bei einer Frau, Mutter von 7 Kindern, hatte sich am linken Unterschenkel in der Gegend des Malleolus int. ein kleines Geschwür gebildet, das sie durch Bleiwasserumschläge geheilt haben will. Es hatte sich jedoch — wohl infolge ihrer stehenden Beschäftigung — bald ein neues gebildet, das immer gröfser wurde und trotz Anwendung vielfacher Mittel nicht heilen wollte.

Es handelt sich um ein ca. 6 cm grofses, kreisförmiges Geschwür eines Unterschenkels, der in seinem oberen Teil im Verhältnis zum anderen sehr abgemagert war, dagegen im unteren Teil ein starkes Ödem zeigte. Um dieses Ulcus varicosum ein ausgebreitetes nässendes Ekzem; der Geschwürsgrund war vertieft und bedeckt mit schmutzig graugrünlichen Massen. Die Ränder stark infiltriert und aufgeworfen.

Die Schmerzen waren angeblich so groſs, daſs die Patientin am Gehen gehindert wurde. Um die kolossale Entzündung zu lindern, verordnete ich zunächst Umschläge mit Liq. Burow. Infolge dessen trocknete auch das nässende Ekzem. Darauf bestreute ich die Wunde mit 20%igem α-Eigonpulver, das anfänglich schmerzte, bedeckte die umliegende Ekzemstelle mit 5%iger α-Eigonsalbe und legte darauf einen Zinkoxydverband an. Nach Abnahme des Verbandes (nach ca. 5 Tagen) zeigte sich ein überraschendes Bild. Die Geschwürsfläche sah aus, als ob sie curettiert wäre, sauber und fing zu granulieren an; das Ekzem ist bedeutend blässer geworden, das lästige Jucken, das die Patientin am Schlafen verhinderte, war beinahe verschwunden. Ein erneuter Verband blieb ca. acht Tage liegen. Die Granulationsfläche hatte fast die Höhe der Hautoberfläche erreicht und nach ca. drei Wochen war eine prachtvolle Schlieſsung der Wunde erzielt worden. Die Patientin erholte sich sehr schnell und konnte ihrer Beschäftigung wieder nachgehen.

Ich möchte allerdings hier gleich berichten, daſs ein solcher Erfolg nicht immer zu verzeichnen war, ich muſste hin und wieder doch zu anderen Behandlungsmethoden meine Zuflucht nehmen. Im allgemeinen hat sich das Eigonpräparat als granulationsbefördernde, juckstillendes und desodorierendes Medikament gezeigt.

Ehe ich dieses Kapitel schlieſse, möchte ich noch eines Urethralulcus gedenken. Diese Ulcera behandelte ich bisher mit Unguentum cinereumstäbchen. Die gute Wirkung, die ich bei der äuſseren Wundbehandlung mit Eigon als Streupulver erzielte, veranlaſste mich, es hierbei als α-Eigonstäbchen und als 0,5%iges mit Extr. op. anzuwenden. Auch hier bewährte es sich, wenn auch hier die Heilung nicht schneller erfolgte, als bei Unguentum cinereumstäbchen.

Aus diesen Erfahrungen geht hervor, daſs α-Eigonstreupulver ein stark antiseptisches Pulver ist, schnell reinigend und desodorierend wirkt und in jeder Hinsicht dem Jodoform vorzuziehen ist.

Neben diesem äuſserlich angewandten α-Eigon sind auch zwei Präparate hergestellt worden, welche ein Ersatzmittel für Jodkalium oder dessen Substitutionsprodukte Jodnatrium resp. Jodammonium bilden sollten und zwar α-Eigonnatrium (Natrium jodoalbuminatum) und β-Eigon (Pepton. jodatum). Diese Präparate stellen ebenso wie das α-Eigon (Albumen jodatum) ein trockenes, hellgelbes Pulver dar, die sich mit hellgelber Farbe leicht in Wasser lösen lassen. Dr. Dieterich (*Pharm. Ztg.*) hat die Wirkung der Eigone in chemischer und physiologischer Hinsicht am Tierkörper studiert und kam zunächst zu dem Resultat, daſs diese Präparate völlig ungiftig sind. Die Mengen, die vom α-Eigonnatrium unbeschadet gegeben werden können, betragen beim Kaninchen fast das zehnfache vom Jodkalium. Ferner beobachtete er, daſs seine Versuchskaninchen an Gewicht zugenommen, das Allgemeinbefinden während der Versuchszeit absolut nicht gestört wurde und ebenso irgendwelche bei Darreichung des Jod-

kaliums auftretenden Erscheinungen des Jodismus, wie Schnupfen, Haarausfall, Durchfall etc. etc. in keinem Falle beobachtet wurden. Harn und Kot wurden öfters untersucht und in beiden konnte wohl Jodwasserstoff und gebundenes, aber nie freies Jod nachgewiesen werden.

Ebenso hat Beddies (*Pharm. Centralh.*) Versuche bei Menschen angestellt, deren Resultat zu Gunsten der Eigonpräparate spricht.

„Eine Versuchsperson mit normaler Verdauung und gesunder Konstitution nahm morgens nüchtern 5 g β-Eigon per os. Es wurde nun in regelmäfsigen Zwischenräumen sowohl der Harn als auch der Speichel auf Jodverbindung untersucht mit dem Ergebnis: dafs nach sechs Stunden jede Spur von Jod fehlte. Freies Jod konnte nie beobachtet werden. Dieselbe Versuchsperson erhielt nach eintägiger Ruhepause die entsprechende Menge Jodkaliumsalz und Peptonpulver, mit dem Befunde, dafs schon nach drei Stunden die Sondierung kein Jodsalz mehr im Magen ergab. D. h. Jodkalium wird durch die Nieren sehr schnell ausgeschieden, seine Wirkung ist gewissermafsen explosiv, so dafs der gröfste Teil der Dosis bereits nach zwei Stunden den Körper passiert hatte, während das Eigonjod noch nach vier Stunden kursiert."

Wir ersehen also daraus, dafs diese Eigoneiweifsjodide weit hartnäckiger im Körper zurückgehalten werden. Während die anderen Jodsalze innerhalb des Organismus erst schwer lösliche Eiweifsverbindungen eingehen müssen, um ihre therapeutische Wirkung entfalten zu können, ist das Jod im Eigon gerade an Eiweifs, einen natürlichen Bestandteil des menschlichen Körpers, schon gebunden, also von intensiverer Wirkung. Der Vorteil, der daraus ersichtlich, ist der, dafs dem Körper weniger Jod zugeführt werden kann, um denselben Erfolg wie bei den anderen Jodpräparaten zu erzielen, und zweitens, was bei einer Jodkur von hohem Werte ist, dafs die unangenehm auftretenden Erscheinungen des Jodismus wegfallen.

Alle diese Resultate obiger Versuche stimmen mit den Erfolgen in der Therapie überein.

Nachdem es nun feststeht, dafs die Jodpräparate zur Förderung der Resorption von Exsudaten und serösen Ansammlungen in den Körperhöhlen im Unterhautzellgewebe, als auch zur Rückbildung angeschwollener Lymphdrüsen, Strumen und anderer Hyperplasien wesentlich beitragen, hatten sie besonders Eingang in die Therapie der Syphilis und Skrophulosis gefunden. Auf Grund dessen mufste auch die Anschauung älterer Autoren fallen, dafs die Jodbehandlung nur von hohem Werte für die Bekämpfung tertiärer Erscheinung sei und dafs ausschliefslich das Quecksilber ein Specificum für primäre und sekundäre Syphilis sei. Wenn wir auch zugeben müssen, dafs das Quecksilber in den letzten Stadien der Syphilis nicht mehr die heilsame Wirkung wie bei primärer und sekundärer

Syphilis entfaltet, so können wir andererseits nicht leugnen, dafs auch die Jodtherapie in der Behandlung primärer und sekundärer Syphilis eine grofse Rolle zu spielen berufen ist, ja, dafs wir sehr häufig genötigt sind, Jodpräparate von vornherein an Stelle von Quecksilber anzuwenden, und dafs wir die schönsten Erfolge zu verzeichnen haben. Ich erinnere nur an Patienten mit ausgedehnten Mund- und Respirationserscheinungen, bei Erkrankung innerer Organe oder bei sehr herabgekommenen, anämischen mit Skrophulose behafteten Kranken, oder solchen, die Quecksilber weder äufserlich noch innerlich vertragen.

Da nun die bisher gebräuchlichen Jodpräparate wie Jodkalium, Jodnatrium oder Jodammonium wegen der explosiven Nebenerscheinungen die Behandlung sehr oft unterbrachen, konnten wir mit Freuden ein neues Präparat begrüfsen, welches uns zu demselben Heilerfolge führen sollte, ohne die Patienten durch die stürmische Jodwirkung zu belästigen. Nebenbei konnte ich konstatieren, dafs diese Eigone nicht nur heilen, sondern auch den Stoffwechsel regulieren und nach längerem Gebrauch das Körpergewicht erhöhten. Es sei mir daher gestattet einige Fälle anzuführen, welche die vorzügliche Wirkung dieses neuen Medikamentes illustrieren.

1. Eine Frau, ca. 27 Jahre alt, konsultierte mich wegen heftiger Kopfschmerzen. Sie giebt an, Mutter zweier gesunder Kinder zu sein. Ihre dritte Entbindung förderte eine tote Frucht vorzeitig zu Tage. Sie selbst sei bis zur dritten Schwangerschaft gesund gewesen. Damals bemerkte sie an ihren Geschlechtsteilen einige Geschwürchen, die nach ihrer eigenen Behandlung heilten. Einen Hautausschlag will sie nicht beobachtet haben. Dagegen habe sie längere Zeit an heftigen Halsschmerzen und Drüsenschwellungen gelitten. Ihr Hausarzt hatte ihr dann eine Einreibungskur verordnet, wonach die Halsschmerzen geschwunden und sie sich längere Zeit wohl fühlte. Seit ca. vier Wochen seien heftige Kopfschmerzen aufgetreten, die trotz Brom und ähnlicher Mittel nicht schwanden. Der Appetit habe nachgelassen, aufserdem sei sie durch ihre Schlaflosigkeit sehr matt geworden.

Die heutige Untersuchung ergiebt: Blasse, abgemagerte Frau. Die Hautoberfläche ohne Ausschlag. Axillar- und Inguinaldrüsen geschwollen. Schleimhäute blafs. Lungen- und Herzbefund normal. Leber zeigt eine geringe Anschwellung. Urin ist zucker- und eiweifsfrei. Der Anamnese entsprechend Diagnose: Lues. Da eine Quecksilberkur aus leicht erklärlichen Gründen nicht anzuwenden war, verordnete ich neben einer bestimmten Diät: α-Eigonnatrium 5,0 solve in Aq. fervida 20,0, Syr. cort. Aur. 180,0. Ds. dreimal tägl. einen Efslöffel. Nachdem die Patientin vier Flaschen genommen, stellte sich eine auffallende Besserung ein. Die Kopfschmerzen waren bedeutend geringer, der Schlaf besser geworden. Der Appetit hatte sich gesteigert und das vorher wachsbleiche Gesicht bekam gesundere Farbe. Die Patientin fühlte sich sehr wohl. Ich verordnete weitere vier Flaschen Vinum α-Eigon 0,3 % J. Der Zustand besserte sich zusehends. Auch die Drüsen verlieren ihre Härte; die Patientin nahm an Gewicht zu. Die Kopfschmerzen waren vollständig verschwunden. Nach längerem Aufenthalt in einer Gebirgsgegend, wo sie den α-Eigonwein weiter nahm, konnte ich die Patientin geheilt entlassen.

2. Ich erinnere ferner an den oben beschriebenen Fall eines Hautgumma, wo neben äufserlicher Anwendung von α-Eigonstreupulver durch innerliche Darreichung von α-Eigonnatrium die Wunden sich schnell schlossen.

3. In einem Falle war ich genötigt, die α-Eigonnatriumlösung bei einer luetischen Nasenerkrankung als Spülwasser zu gebrauchen. Ein Herr, der nach einmaliger Kur mit Hydrargyrum sich im allgemeinen wohl fühlte, empfand seit einigen Tagen ein unangenehmes Prickeln in der Nasenhöhle. Eine Beleuchtung des Nasenraumes ergab eine leichte Schwellung der unteren Nasenmuschel mit etwas Eiter belegt. Nach Durchspülung mit α-Eigonnatriumlösung liefs die Schwellung nach und die unangenehme Empfindung schwand.

4. Seit einiger Zeit behandele ich ein Kind mit skrophulösen Erscheinungen. Die kleine Patientin von bleichem Aussehen, mit zarter, weifser Haut, geringem Fettpolster und welker Muskulatur, leidet seit ca. einem Jahre an Schwellung der Lymphdrüsen, von denen besonders die Axillar-, Submaxillar- und Inguinaldrüsen als harte deutliche Knoten fühlbar sind. Am rechten Ohr ein nässendes Ekzem, das z. T. auf das Gesicht übergegangen ist. Hiermit steht wohl auch eine leichte Conjunctivitis in Verbindung, die angeblich erst seit kurzer Zeit besteht. Aufserdem besteht eine leichte katarrhalische Affektion des Darmkanals. Im letzten Jahre war das Kind an Morbilli erkrankt. Meine Verordnung bestand zunächst neben einer entsprechenden nicht zu fetten, leicht verdaulichen Kost in einer sorgfältigen Hautpflege. Aufserdem wurde das Kind in Soole gebadet. Innerlich liefs ich α-Eigonsyrup verabreichen. Der Allgemeinzustand hat sich schnell zu meiner Zufriedenheit gehoben. Die Kräfte des Kindes nehmen zu, die knotigen Drüsen verschwinden, der Darmkatarrh war nach vier Flaschen à 200 g gehoben; das Ekzem behandelte ich mit 10%igem α-Eigonstreupulver resp. mit 5%iger α-Eigonsalbe. Schliefslich unter Zinkamylumpaste verschwand das Ekzem. Jedenfalls habe ich die Beobachtung gemacht, dafs der α-Eigonsyrup zur Besserung des Gesundheitszustandes ganz bedeutend beigetragen hat, dafs vor allem sich der Appetit gesteigert und eine Zunahme des Körpergewichts eingetreten ist.

Zum Schlusse möchte ich noch auf die α-Eigonsuppositorien als Ersatz für Jodjodkaliumsuppositorien bei der Behandlung von Prostatitis aufmerksam machen, wo ich in drei Fällen prompte Heilung erzielte.

Nach allen diesen therapeutischen Erfolgen glaube ich die Eigone äufserlich als Wundpulver und innerlich als Ersatz für Jodkalium sehr empfehlen zu können.

Äufserlich angewendet haben sie eine schnell granulierende, stark antiseptische und desodorierende Kraft, innerlich sind sie appetitanregend, bewirken eine Zunahme des Körpergewichts; werden gerne genommen, gut vertragen und rufen vor allem nicht die bekannten stürmischen Erscheinungen des Jodismus hervor.

Aus der Praxis.

Unguentum domesticum.

Von

P. G. Unna.

Die höchst bemerkenswerten emulgierenden Eigenschaften des Eigelbs sind für die dermatotherapeutische Praxis bisher nicht genügend ausgenutzt. Wenn wir von dem Gebrauche des Eigelbs zum Waschen der Haare, wo es zwischen dem Fett des Haares und dem Waschwasser zu vermitteln hat, und der hier und da im Volke üblichen Verwendung bei der Bereitung von Teersalben absehen, so ist bisher kaum ein wesentlicher Nutzen aus dieser so leicht zugänglichen Substanz gezogen worden.

Worauf die emulgierende Eigenschaft des Eigelbs beruht, ist meines Wissens noch nicht genau untersucht, aber nach sonstigen Erfahrungen können wir vermuten, dafs es der Gehalt des Eieröls an Lecithin, Cholesterin (und event. Cerebrin) ist, welcher die Emulsion des Trioleins (Tripalmitins und Tristearins) im Eigelb selbst, sowie des im Überschufs zugesetzten Öls herbeiführt. Am auffälligsten tritt diese Eigenschaft des Eigelbs hervor, wenn man versucht, balsamische Körper, Teere, Ichthyol und Substanzen ähnlicher Konsistenz mit seiner Hülfe in Salbenform zu bringen. Schon die Verreibung derselben mit Eigelb allein ergiebt ausgezeichnet gebundene, mit Fetten in jedem Verhältnis mischbare, aber auch viel Wasser aufnehmende Massen, die zunächst das Auge des Pharmakotechnikers erfreuen.

Der Dermatologe nimmt aber bei Anwendung dieser Gemische alsbald noch mit Befriedigung eine andere Eigenschaft derselben wahr, die für uns wichtiger ist. Sie geben beim Verreiben auf der Haut eine nicht blofs glatte, geschmeidige, sondern auch alsbald eintrocknende Decke. Diese Eigentümlichkeit, die vorauszusehen war, verdanken sie den Eiweifskörpern des Eigelbs (Vitellin). Sie stellen sich damit direkt neben die Caseinsalben, mit denen sie auch die Eigenschaft teilen, insbesondere für Teere und Balsame vortreffliche Vehikel abzugeben. Die Eigelbsalben gehören also wie das Ung. Caseini zu den Übergangspräparaten zwischen Salben und Hautfirnissen, die sich in letzter Zeit mit Recht einer steigenden Vorliebe in der Dermatologie erfreuen. Ob die Nebenwirkungen mancher Eiweifsstoffe, einen erweichenden Einfluſs auf verdickte Hornschicht auszuüben, auch bei dem Eigelb zur Wirkung gelangt, lasse ich

noch dahingestellt, bis mir nach dieser Richtung eine gröfsere Erfahrung zu Gebote steht.

Eine besondere Eigentümlichkeit erhalten die Eigelbsalben weiter durch den starken Schwefelgehalt des Eigelbs. Sie können geradezu als natürliche, höchst milde Schwefelsalben in ihrer Wirkung auf entzündliche, schuppende Dermatosen angesehen werden und wenn ich von dieser Eigenschaft bisher keinen Gebrauch gemacht habe zur Darstellung einer milden Haarpomade, so lag der Grund lediglich in dem ausgesprochenen Eigenduft des Eigelbs, welcher auf die Dauer nicht angenehm ist und den Zusatz stark riechender Haaröle nötig macht. Hierin mag auch wohl der Grund liegen, dafs man das Eigelb bisher wohl zum Haarwaschen in ausgedehntester Weise, nicht aber zu Pomaden verwertet hat, für die es sich scheinbar so sehr eignet.

Mit der Caseinsalbe teilt die Eigelbsalbe eine erhebliche Empfindlichkeit gegen gewisse medikamentöse Zusätze. Vollständig ausgeschlossen ist die Gruppe der Phenole: Karbolsäure, Salicylsäure, Resorcin, Pyrogallol, ja selbst Natron salicylicum, da ihre Einwirkung auf das Eiweifs des Eigelbs eine Trennung des Fettes vom Eigelb zur Folge hat. Ebenso wenig vertragen sich mit der Eigelbsalbe die gerbenden Stoffe, die meisten Metallsalze und Metalloxyde, speziell: Zinkoxyd, Quecksilberoxyd, weifser Präcipitat, Galmei und Wismutsubnitrat. Besonders wichtig für uns ist die Inkompatibilität des Zinkoxyds; es bildet sich eine dicke, kittartige, schwer verstreichbare Masse, von welcher das emulgiert gewesene Öl oder Fett sich wieder vollständig durch Entmischung trennt.

Von den für uns wichtigen Metallsalzen läfst sich für eine gewisse Zeit Wismutoxychlorid inkorporieren, doch schliefslich tritt auch hierbei eine Entmischung auf. Bemerkenswerter Weise verträgt jedoch die Eigelbsalbe schwache Dosen von Sublimat (1‰—½%) ohne Zersetzung und verhältnismäfsig grofse Dosen von Plumbum aceticum (5%), eine Eigenheit, die möglicherweise allen essigsauren Salzen zukommt, da der Liquor plumbi subacetici bis 10% und Essig bis 33% sich auffallend leicht und in haltbarer Weise beimischen lassen. Zu den kompatibeln Substanzen gehört ferner das Ichthyol, während wiederum Chrysarobin und Pyraloxin ausgeschlossen sind. Die drei letzten Substanzen verhindern auch nicht ein rasches, üppiges Schimmeln der Eigelbsalbe. Beim Zusatz von Chrysarobin macht man überdies die Bemerkung, dafs die oberflächliche Schicht rasch kittartig hart und zugleich tief schwarzrot wird durch Oxydation des Chrysarobins, während in der Pyraloxinmischung nur eine kittartige Verhärtung stattfindet. Die Eigelbfettmischung stellt sich mithin in Bezug auf die energische Oxydation des Chrysarobins neben die lebende Haut, die Hebrasche Salbe und die starken Alkalien. Von den Pulverzusätzen verhalten sich Amylum und Talcum indifferent,

während Kieselgur (Kieselsäure) und Magnesia carbonica die Eigelbmischung zur Gerinnung und Ölabscheidung bringen. Ausgezeichnet paſst Kampfer als Zusatz, sowohl in pharmakotechnischer Beziehung wie als konservierendes, antiseptisches Corrigens; man kann bis zu 5 und 10% Kampfer hinzufügen. Eigentümlich, wie auch — nach dem Vorbilde der Caseinsalbe — vorauszusehen war, verhält sich der Schwefel. Er verträgt sich zunächst vortrefflich mit der Eigelbsalbe, aber es tritt, wenn keine antibakteriellen Zusätze gemacht sind, alsbald ein eigentümlicher Geruch nach flüchtigen Schwefelverbindungen auf. Diese Schwefelgärung ist aber, z. B. durch Kampferzusatz, vermeidbar. Die Kohlenwasserstoffe: Vaselin, Vasogen und Petroleum mischen sich sehr gut mit der Eigelbsalbe, aber kommen aufser dem Petroleum (gegen Pediculi capitis) kaum in Betracht, da sie die spezifische Eigenschaft derselben, ihr spontanes Eintrocknen, herabsetzen. Der Ammoniakgehalt des Vasogens wirkt aufserdem allmählich ungünstig auf das Eigelb.

Es erübrigen nur noch einige Worte über den Zusatz wässeriger Flüssigkeiten. Gerade dieser wird durch die emulsive Kraft des Eigelbs besonders begünstigt. Hat man Eigelb und Öl erst ordentlich gemischt, so kann man quasi ad libitum Wasser zusetzen, die Mischung entmischt sich dabei nicht, sie bleibt eine gute Emulsion. Aber die Hoffnung, auf diese Weise zu guten Kühlsalben zu gelangen, erfüllt sich doch nicht, da die Konsistenz der Wassermischungen sofort aufhört, eine salbenartige zu sein. Man gelangt, schon bei 10%igem Zusatz, zu Linimenten und weiterhin zu wässerigen Emulsionen, die wegen ihrer leichten Herstellbarkeit und Haltbarkeit sich allerdings vorzüglich zu Wischwässern eignen und uns daher in einem eigenen Artikel beschäftigen sollen. Immerhin kann man die durch Wasserzusatz entstehenden Linimente mit in den Kreis der Eigelbsalben ziehen, da sie mit diesen das firnisartige Eintrocknen teilen. Ich habe eine Mischung mit Aq. calcis (10%), Acetum 33%) und Aq. plumbi (50%) herstellen lassen, die gute Präparate lieferten, während die Sol. calcii bisulfurosi sofort eine Gerinnung herbeiführte.

Trotzdem, wie diese Übersicht zeigt, manche brauchbare Medikamente der Eigelbsalbe inkorporiert werden können, bleiben doch ihre Hauptingredienzen die Balsame und Teere und da diese auch ohne Fettzusatz mit Eigelb allein sehr schöne Salben ergeben, ist die Frage wohl aufzuwerfen, ob wir nicht von den Fettmischungen ganz absehen und als allgemeine Salbengrundlage einen Balsam oder Teer, mit Eigelb verrieben, nehmen sollen. Mir scheint jedoch, dafs die Indikationen der Eigelbsalben zu mannigfaltig sind und dafs wir uns von vornherein dadurch eine unnötige Beschränkung auferlegen würden, zumal da ein Fettzusatz auch therapeutisch bei den Balsam- und Teersalben stets günstig wirkt. Ich habe

deshalb vorgezogen als allgemeine Grundlage der Eigelbsalben eine Mischung von

Eigelb 20,0
und *Mandelöl* 30,0
(oder billiger: *Arachisöl*)

festzusetzen und habe dieselbe unter dem Namen: Unguentum domesticum eingeführt. Schliefst sich doch diese Salbengrundlage, wie keine andere, den Hausmitteln an sowohl durch die Natur ihrer Bestandteile wie durch die Art ihrer Herstellung. Denn im Grunde genommen ist sie das, was wir sonst Mayonnaise nennen und gerade wie bei Bereitung dieser mufs zunächst das Eigelb längere Zeit für sich verrieben und dann erst das Öl tropfenweise zugesetzt werden, wenn die Mischung homogen und haltbar werden soll.

Mit diesem, durch 1% Perubalsam haltbar gemachten Unguentum domesticum lassen sich nach obigen Auseinandersetzungen also zu guten Salben verarbeiten:

Perubalsam	(10%)	Plumbum aceticum	(5%)
Styrax	(10%)	Liq. plumbi subacetici	(10%)
Ol. cadinum	(10%)	Sublimat	(½%)
Pix liquida	(10%)	Schwefel	(10%)
Liantral	(10%)	Kampfer	(10%)
Ichthyol	(10%)	Essig	(33⅓%)
Talcum	(10%)	Kalkwasser	(10%)
Amylum	(10%)	Bleiwasser	(50%).

Ohne dafs für den Dermatologen weitere Auseinandersetzungen nötig wären, ist sofort einleuchtend, dafs besonders die Therapie des Ekzems, der Scabies und Akne durch das Unguentum domesticum als Salbengrundlage eine willkommene Bereicherung erfahren dürfte.

Versammlungen.

Jahresversammlung der British Medical Association.

(*The Lancet.* 12. und 19. August 1899.)

Diskussion über **Verhütung und Behandlung der Syphilis in der Marine und dem Heere.**

E. E. Mahon: In der englischen Marine betrug 1860 die Zahl der Erkrankungen an Syphilis 70‰; nach 5jähriger Wirksamkeit des Gesetzes betrug 1869 die Zahl der Aufnahmen 41‰, stieg aber 1880 auf 57. Nach Beseitigung des Gesetzes (1885) stieg die Zahl weiter und betrug 1897 etwa 74‰. Für Blennorrhoe betrugen die Zahlen 20 im Jahre 1860, sodann 26 im Jahre 1880 und 70 für 1897. Zum Teil wenigstens ist diese Zunahme dadurch zu erklären, dafs in früheren Jahren den in Behandlung befindlichen Blennorrhoikern der Sold entzogen wurde.

W. Dick bringt folgende Statistiken der Krankheitsfälle beim Landheer: 1882 litten 23½% aller Patienten an Syphilis; 1887 waren es 26%, 1892 sodann 31% und 1897 schliefslich 39%. Als Invalide wurden wegen Syphilis zur Disposition gestellt 86 Fälle im Jahre 1880, 65 im Jahre darauf, 93 im Jahre 1887, 137 im Jahre 1898 und 904 im Jahre 1897. Vortragender bespricht auch kurz die Behandlung und Prophylaxe.

C. R. Drysdale bezeichnet die Contagious Diseases Act als einen totalen Mifserfolg. Zur Zeit ihrer Einführung gab es im Heer und der Marine weniger Syphilis als bei der Wiederaufhebung derselben.

F. J. Lambkin würde das Gesetz gern wieder eingeführt sehen. Zur Behandlung empfiehlt er als wirksam und praktikabel die intramuskulären Einspritzungen. Bei 20000 solcher Injektionen hat er nur einmal einen Abscefs beobachtet. Auch seien dieselben bei der Mannschaft beliebt, da sie nur einmal wöchentlich vorgenommen zu werden brauchen. Auf diese Weise kann, was sehr wichtig ist, die Behandlung acht oder zwölf Monate lang fortgeführt werden. Mit Vorliebe benutzt er folgendes Rezept: Quecksilber 4,0, Lanolin 8,0, Karbolöl (5%) 16,0; hiervon eine halbe Spritze voll in die Nates zu injizieren.

G. Ogilvie glaubt, dafs die „Malignität" der Syphilis auf verschiedenen Faktoren beruht; namentlich führt er an die Malaria und andererseits ein Übermafs von Quecksilberdarreichung.

A. H. Ward nennt in dieser Beziehung auch den chronischen Alkoholismus, unregelmäfsig gegebene Behandlung und verschiedene schwächende Momente.

H. Gnier hat 15000 Injektionen bei Syphilis ohne Nachteil gegeben.

C. B. Taylor hat von drei Fällen gehört, bei denen nach intramuskulären Injektionen ein tödlicher Ausgang erfolgte.

J. L. Maxwell: Beim inländischen Heeresdienst wurden 1880 an Syphilisfällen 246‰ aufgenommen, 1897 nur 140. In der Civilbevölkerung ist ebenfalls ein Rückgang anzunehmen, denn 1878 wurden von den Rekruten 151 pro 10000 wegen venerischer Erkrankung zurückgewiesen, 1897 dagegen nur 35 pro 10000.

O'Dwyer berichtet, dafs man im Standlager zu Aldershot spezielle Räume neben den Retiraden eingerichtet habe, wo die Soldaten sich die Genitalien reinigen und eventuell desinfizieren können, doch finde die Einrichtung keinen Anklang bei den Leuten. Die Injektionsbehandlung vermindert die Dauer des Hospitalsaufenthalts um 10%.

Betreffs der rationellen Behandlung der Syphilis empfahl A. H. Ward folgende Punkte: 1. Die Hg-Darreichung bis zur Grenze der Toleranz zu steigern und an diesem Punkte zu erhalten. 2. Die Behandlung frühzeitig zu beginnen. 3. Dieselbe während der ganzen Entwickelungsperiode der Krankheit fortzusetzen. 4. Überreizung zu vermeiden. 5. Das Gesamtbefinden zu berücksichtigen. 6. Hydropathische Mafsnahmen nicht zu vernachlässigen. Die Behandlung soll jedenfalls zwei Jahre währen. Während des primären und sekundären Stadiums ist Jodkalium nicht angezeigt. Zittmannsches Dekokt ist bei geschwächter Körperkonstitution zu empfehlen.

Die Prophylaxis der Syphilis, von F. H. Welch. In diesem Vortrage bespricht Verfasser an der Hand von statistischen Zahlen eingehend die Erfolge, welche die während der Jahre 1869—1886 zu Recht bestehenden Gesetze zur Verhütung von ansteckenden Krankheiten (Contagious Diseases Acts) aufzuweisen haben. Dabei ist aus vielen der offiziellen Berichte zwar während mancher Jahre eine sehr günstige Wirkung zu ersehen, aber der Bericht des Oberbefehlshabers in Madras ergiebt folgende auffallende Zusammenstellung: Durchschnitt an primärer Syphilis in den Jahren 1863 bis 1868 (vor Erlafs des Gesetzes) 129‰; für die Zeit 1869—1876, als das Gesetz in

Kraft war, 58‰, aber von 1877—1886 146‰, worauf dann dasselbe als unwirksam auch aufgehoben ist. Eine Erklärung für diese auffallende Verschiedenheit der Zahl der Syphilisfälle während verschiedener Zeiträume unter demselben Gesetze giebt Verfasser nicht; er glaubt aber, dafs die Wiedereinführung ähnlicher, wenn auch modifizierter legislatorischer Bestimmungen ein rationelles, wenn auch zur Zeit unerreichbares Mittel zum Ziele sein würden. Im übrigen empfiehlt er noch verschiedene hygienische und soziale Verbesserungen.

Diskussion über die **konstitutionelle Behandlung von Hautkrankheiten.**

R. B. Wild besprach die Mängel in unserer Kenntnis der Ätiologie, Pathologie und Pharmakologie mehrerer der wichtigsten Hautkrankheiten und stellte quoad therapiam folgende Einteilung in fünf Gruppen auf: 1. Die konstitutionellen Erkrankungen, welche Symptome seitens der Haut darbieten, wobei aber letztere keine spezielle Behandlung erfordern; 2. die durch toxische Einwirkungen namentlich vom Gastro-Intestinaltraktus her entstandenen Affektionen, bei denen die Eliminierung des Giftes die Hauptindikation bildet; 3. rein lokale Läsionen, wie Neubildungen und einige parasitäre Erkrankungen, bei denen eine Allgemeinbehandlung nicht in Betracht kommt; 4. verschiedene parasitäre Erkrankungen, bei denen allerdings eine Allgemeinbehandlung dem Parasiten die Lebensbedingungen durch Umwandlung des Nährbodens entziehen könnte; 5. einige hauptsächlichste Hautleiden, wie Ekzem und Psoriasis u. a., deren Ätiologie noch immer unvollständig erforscht ist, und welche beides, lokale und allgemeine Behandlung erfordern. Bei denselben kommen namentlich die Alterativa in Anwendung.

Mapother-London hat bei Lichenfällen von keinem anderen Mittel aufser Arsenik Erfolg gehabt. Er giebt Fowlersche Lösung sechs bis zehn Wochen hindurch bis zur Reizung der Conjunctiven. Die Neurasthenie sei, wenn auch nicht Ursache so doch jedenfalls sehr häufige Begleiterscheinung des Lichen, und das Arsenik scheine eine tonisierende Wirkung auszuüben. Das Ekzem bei Erwachsenen betrachtet er als ein gichtisches Symptom. Demgemäfs behandelt er es mit Piperazin und Lithion nebst reichlicher Zufuhr von weichem Wasser sowie anderen antigichtischen Mitteln. Zur Behandlung der Psoriasis hat er seit 25 Jahren eine sorgfältige Merkurialisierung als das einzige Heilmittel empfohlen. Seine Mifserfolge seien weniger als 5%, und Recidive seien bei ihm selten. Bei Hospitalskranken gebraucht er Schmierkur, bei Privatpatienten kleine, häufige Gaben von Quecksilber in Pillenform („blue pill").

Bradbury hat bei chronischer Psoriasis Plummersche Pillen sehr nützlich gefunden sowie auch Thyreoidextrakt. Nach Arsenik hat er, wie andere, oft ausgesprochene Pigmentierung beobachtet.

N. Walker hat ähnliche Pigmentierungen nach Arsenik gesehen. Calciumsulphid werde von Patienten ungern genommen. Bei Urticaria habe er Ichthyol sehr wirksam gefunden. Das Thyreoidextrakt hält er für gefährlich, da er einen Todesfall nach Anwendung desselben beobachtet hat.

Philpots hat einen Fall von Lupus mit Ichthyol erfolgreich behandelt.

Die therapeutische Wirkung der Röntgenschen Strahlen auf Lupus, von J. Hall-Edwards. Es wurden vom Vortragenden verschiedene Photogramme gezeigt von Patienten vor und nach der Behandlung. Die dabei häufig entstehende Dermatitis erklärt er als eine elektrostatische Verbrennung.

Walsham hat Kulturen von Tuberkelbacillen mehrere Stunden lang der Einwirkung der Strahlen ausgesetzt, ohne irgend einen Erfolg wahrnehmen zu können.

Schiff-Wien glaubt nicht, dafs es sich bei den X-Strahlen blofs um Verbrennung handle. Dieselben scheinen doch einen gewissen hemmenden Einfluſs auf das Wachstum der Tuberkelbacillen auszuüben.

Die Verwendung der Röntgenschen Strahlen in der Behandlung von Hautkrankheiten, von E. Schiff-Wien. Die von verschiedenen Autoren gemachte Beobachtung, dafs ein Haarausfall nach Einwirkung der Strahlen erfolgt, hat 1896 Freund-Wien veranlafst, dieselben bei Hypertrichosis anzuwenden. Der Erfolg war ein sehr erfreulicher. Dabei wurde konstatiert, dafs auch die unteren Hautschichten an der Wirkung teil nahmen, und im Jahre darauf hat Verfasser daraufhin die Methode auch bei Lupus vulgaris angewandt. Auch hierbei war das Resultat ein durchaus günstiges. Man fand, dafs sich der Grad der entstehenden Entzündung genau abmessen liefs je nach Bedarf. An den Haaren sieht man eine Lostrennung der Wurzel vom Bulbus sich vollziehen, beim Lupus ist die Art des Heilungsprozesses, ob durch einfache Entzündung oder durch eine bakterientötende Wirksamkeit nicht genau festgestellt. Zu empfehlen ist das Verfahren einmal zur Entfernung der Haare bei Hypertrichosis, Trichorrhexis, Sykosis, Favus, Herpes tonsurans und zweitens zur Erzeugung von Molekularveränderungen in den tieferen Hautschichten bei Acne follicularis, Acne rosacea, Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Eccema chronicum, Elephantiasis Arabum, Oedema chronicum etc. *Philippi-Itzehoe.*

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 6, Heft 4.

I. **Die Diagnose und Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe,** von Adolf Calmann-Hamburg. Die Diagnose soll in jedem einzelnen Falle durch die Untersuchung des Sekretes auf Gonokokken und die klinischen Befunde sicher gestellt werden. Verfasser empfiehlt zum Färben der Präparate Löfflersches Methylenblau. Etwas Sekret wird auf dem Objektglas in dünner Schicht ausgebreitet und besser an der Luft als über der Flamme getrocknet, hierauf wird Löfflersches Methylenblau aufgegossen; nach einer halben Minute wird das Präparat mit reinem Wasser abgespült, sodann mit Fliefspapier abgetrocknet. Ist das Resultat der mikroskopischen Untersuchung ein negatives, so wird man sich auf eine eingehende Anamnese und auf die vorhandenen klinischen Befunde verlassen müssen. Die Anhaltspunkte für eine klinische Diagnose und die differentialdiagnostischen Merkmale werden vom Verfasser ausführlich besprochen. Bei der bakteriologischen Diagnose mufs auf die Art der Sekretentnahme eine grofse Sorgfalt gelegt werden. So ist es weniger zweckmäfsig, bei der Blennorrhoe der Harnorgane das Sekret durch Ausdrücken der weiblichen Harnröhre zu gewinnen; viel zuverlässiger und schonender ist es, mit einem stumpfen, ausgeglühten Metalllöffelchen von der Form der Ohrlöffel die oberen Epithelschichten vom Sphincter vesicae her abzuschaben und mit dem etwa vorhandenen Eiter zu untersuchen; in chronischen Fällen mit geringer Absonderung empfiehlt es sich, die vordere und hintere Wand abzustreifen. Ist die Diagnose einer blennorrhoischen Urethritis gestellt, dann soll auch sofort die örtliche Behandlung beginnen. Verfasser empfiehlt hierbei möglichst häufige, andauernde und wiederholte Einwirkung auf die Schleimhaut unter Kombination von adstringierenden und gonokokkentötenden Mitteln, namentlich 2%iger Alumnol- und 1½%iger Argoninlösung, die 4—6mal täglich mittelst einer 10—15 ccm haltigen, gewöhnlichen Tripperspritze

mit einem stumpfen, olivenförmigen Ansatz und weiter Öffnung in drei Portionen eingespritzt wird. Akute und chronische Katarrhe werden in gleicher Weise behandelt. Neben dieser zwar sehr wirksamen, aber die Geduld der Patienten hart auf die Probe stellenden Methode wendet Verfasser auch Harnblasenspülungen nach JANET an. Er spritzt von einer 1%igen Protargollösung 250 ccm täglich einmal ein vermittelst einer 100—200 ccm fassenden Glasspritze, die mit einem für die Harnröhrenmündung passenden konischen, etwas spitzen Kautschukansatz durch einen Schlauch verbunden wird. Am besten sind warme Lösungen von Körpertemperatur anzuwenden. Wenn nach 10—14 Spülungen die Gonokokken noch nicht aus dem Sekret verschwunden sind, dann kann man zum Argentum nitricum greifen, das in ansteigender Konzentration von ½—1:1000 angewendet wird; nach weiteren 8—10 Spülungen kann man auf definitive Heilung rechnen. Durch das beschriebene Verfahren läfst sich in 2—3 Wochen der Harnröhrentripper mit grofser Sicherheit heilen. — Im folgenden bespricht der Verfasser die Blennorrhoe der Vulva und ihrer Drüsen. Eine selbständige blennorrhoische Erkrankung der Vulva kommt bei Erwachsenen nur selten vor und ist auch wegen der Ähnlichkeit der klinischen Symptome mit aus anderen Ursachen entstehenden sekundären Reizerscheinungen schwer zu diagnostizieren. Nur der Nachweis der Gonokokken erlaubt eine sichere Diagnose. Leichte Anschwellung der grofsen Labien, der Inguinaldrüsen, ödematöse Schwellung der kleinen Labien, des Hymens oder seiner Reste und der Clitoris, eitrige, diphtherische, zahlreiche Gonokokken enthaltende Beläge auf den entzündeten Partien sind die klinischen Symptome. Die Miterkrankung der BARTHOLINIschen Drüsen, meistens nur einer, ist charakterisiert durch heftige, bis in die Leistenbeuge und nach dem After ausstrahlende Schmerzen, hochgradige Rötung und Schwellung der grofsen und kleinen Labien. Besonders empfindlich ist diejenige kleine Labie, in welche der Ausführungsgang der erkrankten BARTHOLINIschen Drüse hineinmündet. Die Mündung des Ausführungsganges mit seiner sich hervorwulstenden, geschwollenen und mit einem Eitertropfen bedeckten Schleimhaut hebt sich deutlich von der Umgebung ab. Verlaufen die Anfangserscheinungen weniger stürmisch, so erscheint nur die Mündung des Ausführungsganges gerötet, die Drüse vergröfsert und mäfsig druckempfindlich. Dasselbe ist der Fall bei der chronisch gewordenen Bartholinitis. Die Sekretion ist geringer, das Sekret jedoch vielfach noch gonokokkenhaltig. Die Behandlung richtet sich nach den Stadien und der Form der Erkrankung und braucht nicht ausschliefslich eine operative zu sein. Für chronische und schleichend verlaufende Fälle, überhaupt für alle diejenigen, welche noch nicht zur Abscedierung geführt haben, empfiehlt Verfasser eine einmalige oder vielleicht noch einmal wiederholte Injektion von 1—2 ccm einer 5—10%igen Argentum nitricum-Lösung mittelst einer gewöhnlichen PRAVAZschen Spritze mit stumpfer Kanüle tief in den Ausführungsgang hinein. Dies Verfahren kommt erst zur Anwendung, wenn etwaige stürmische Symptome durch Eisapplikation oder kühle Umschläge zur Ruhe gelangt sind. Bei deutlicher Fluktuation im Verlaufe der Bartholinitis wird man unter SCHLEICHscher Anästhesie operieren. — Die Blennorrhoe der Vagina als selbständige Erkrankung dürfte aller Wahrscheinlichkeit nach viel seltener sein, als man für gewöhnlich annimmt. Meistens ist gleichzeitig auch der Uterus blennorrhoisch erkrankt. Die Behandlung der Kolpitis blennorrhoica besteht in 1—2 Ausspülungen für den Tag mit Chlorzinklösung (etwa einen Efslöffel einer 50%igen Lösung auf 1 Liter Wasser) oder mit Kalium permanganicum in gewohnter Verdünnung, Auspinselung der Scheide mit 5—10%iger Höllensteinlösung im Speculum, Tamponade mit in 5%ige Ichthyollösung getauchter Jodoformgaze. Die Sublimatlösung möchte Verfasser aus der Behandlung der Kolpitis verbannt wissen. — Eine Blennorrhoe des Uterus zu

diagnostizieren, kann nur durch wiederholte mikroskopische Untersuchung des Sekretes gelingen. Zur Gewinnung des letzteren bedient man sich einer Kornzange mit hohlen, glatten und stumpfen Branchen. Die Zange wird ausgeglüht, abgekühlt und geschlossen in die Cervix uteri möglichst weit eingeführt, während des Einführens geöffnet und geschlossen wieder zurückgezogen. Auf diese Weise fängt man frei von Beimengungen aus der Vagina den gesamten Cervicalschleimpfropf. Man wird aus dem Gonokokkenbefunde in der Cervix uteri auf die Erkrankung der gesamten Gebärmutterschleimhaut mit Sicherheit schliefsen können und danach die Behandlung einrichten. Bei der auf Gonokokkeninvasion beruhenden Endometritis empfiehlt Verfasser diejenigen Mittel als wirksam und von Erfolg gekrönte, welche die Schleimhaut zerstören und gleichzeitig antiseptisch wirken. In der Mehrzahl der Fälle leistet die altehrwürdige Jodtinktur immer noch die besten Dienste, während in vereinzelten Fällen, namentlich bei reichlicher andauernder Sekretion, Erosionen und Blutungen, die auf eine deutliche Wucherung des Endometriums hinweisen, der einmalige oder nach vier Wochen wiederholte Gebrauch einer 50%igen Chlorzinklösung angebracht ist. Doch soll dieselbe nur bei Frauen, die geboren haben, zur Anwendung kommen. In ganz veralteten Fällen wird man das Formalin in konzentrierter Form mit Nutzen verwenden können. — In den folgenden Abschnitten behandelt der Verfasser die Blennorrhoe der Adnexe und des Peritoneums, des Rectums, Blennorrhoe und Menstruation, Blennorrhoe in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Gegen die Rectalblennorrhoe braucht Verfasser das Ichthyol in 2%iger, allmählich bis zu 5%iger ansteigender Konzentration; es wird in der Form von Eingüssen von 20—30 ccm Menge 2—3mal täglich einverleibt; vorher wird zur Reinigung des Darmes ein Warmwasserklystier vorausgeschickt. Statt der mehrmaligen, täglichen Einläufe kann man einmal am Tage von einer flüssigen 5%igen Ichthyolsalbe, die jedoch zur Vermeidung jedes Reizes kein Glycerin enthalten darf, mit einer kräftigen Stempelspritze durch den kurzen direkt in den Sphincter ani eingeführten Ansatz etwa 20—30 ccm in den Darm hineintreiben. Daneben werden etwaige vorhandene Fissuren und Geschwüre energisch alle 2—3 Tage mit dem Lapisstift geätzt. — Wegen der Details der übrigen erwähnten Abschnitte verweisen wir auf das Original, das vom Dermatologen, noch mehr vom Gynäkologen mit Interesse und Nutzen gelesen werden wird.

II. **Zur Pemphigusfrage**, von Friedrich Luithlen-Wien. Die vorliegende Arbeit bildet eine Ergänzung zu den beiden früheren vom Verfasser über dasselbe Thema publizierten Arbeiten. Seine Untersuchungen bei Pemphigusfällen bestanden aufser in der Beobachtung ihrer klinischen Verhältnisse in der experimentellen Untersuchung des Blaseninhaltes, ob derselbe macerierende Eigenschaften habe, in der Untersuchung der Blasendecken, um über den Sitz der Blase, ob im Rete oder unter demselben, Aufschluſs zu erhalten. Wo dies irgend möglich war, wurde die histologische Untersuchung excidierter Blasen und die bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes vorgenommen. — Bei Fällen von Pemphigus, wie sie der ersten Arbeit des Verfassers zu Grunde lagen (vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25, S. 282), beobachtet man eine in Abhebung des Rete samt basalen Cylinderzellen bestehende Blasenbildung, welche in der Eigenschaft der Blasenflüssigkeit, eine Trennung zwischen Epithel und Bindegewebe durch Quellung desselben herbeizuführen, ihre Ursache hat. Klinisch charakterisieren sich diese Fälle durch den Beginn mit Fieber, Mattigkeit, häufig Halsschmerzen. Die Eruption der Blasen erfolgt zuerst am Stamme, von Erythemen eingeleitet. Bald werden die Schleimhäute befallen. Die Blasennachschübe sind von Temperatursteigerungen begleitet. Im Blaseninhalte und bei fieberhaftem Nachschube auch im Blute findet man Staphylokokken. — Verfasser beobachtete

andererseits auch Fälle von „Pemphigus“, die sich in Bezug auf Blasenbildung und Eigenschaften der Blasenflüssigkeiten, bakteriologische Befunde vollkommen verschieden verhalten. Diese Fälle, von denen Verfasser ein Beispiel aus seiner jüngsten Praxis anführt, zeigen folgendes Symptomenbild: Fieberhafter Beginn der Erkrankung, Beginn und Hauptlokalisation an den Extremitäten, die Blasen besonders an diesen oft von enormer Gröfse; wiederholte Blaseneruption mit leichten Temperatursteigerungen verbunden; die Erytheme am Stamme sehr stark und verbreitet, die Blasen sind hier an Zahl und Gröfse geringer als an den Extremitäten. Verfasser hatte früher analoge Fälle an Prof. Kaposis Klinik beobachtet. Der Blaseninhalt in diesen Fällen zeigte keine macerierenden Eigenschaften; bakteriologisch fanden sich keine Staphylokokken, sondern Streptokokken, die bei frischer mit Fieber verbundener Eruption auch im Blute nachweisbar waren. Die histologische Untersuchung der Blasendecke ergab, dafs die Blase nicht durch Abhebung des Rete samt basaler Cylinderzellenschicht, sondern im Rete entstehe. Von Interesse ist ferner das Verhalten der elastischen Fasern, welche hier vollkommen erhalten sind, während sie bei Pemphigusfällen der ersten Art mit totaler Ablösung im Bereiche dieser zum Teil vollkommen verschwanden, zum Teil kaum mehr sichtbar sind. — Eine andere Gruppe von Fällen, die mehr den von Jarisch publizierten entsprechen (vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 27, S. 182) zeigt nach der Beobachtung des Verfassers klinisch eine Blaseneruption, die auf unveränderter oder nur wenig veränderter Haut entsteht; vollkommen fieberlosen Verlauf; Beginn und Hauptlokalisation an den Extremitäten; Anordnung der Eruption in streifenförmigen, scheinbar dem Nervenverlaufe entsprechenden Herden; Keimfreiheit der frisch entstandenen Blasen; keine Macerationsfähigkeit der Blasenflüssigkeit; Entstehung der Blase im Rete. Verfasser glaubt, dafs man wohl berechtigt sei, klinisch diese Fälle abzutrennen. Dieselben wiesen diejenigen Symptome auf, welche Unna als Bedingung für die Diagnose „Pemphigus“ verlangt, während er die anderen Fälle als „Pemphigoide“ und Phlyctänosen bezeichnet. — Was die Foliaceus- und Vegetansform des Pemphigus betrifft, so handelt es sich bei der ersteren um eine akut auftretende und stürmisch verlaufende Hautentzündung mit kontinuierlicher starker Exsudation aus den erweiterten Gefäfsen. Das serös durchtränkte Epithel wird in seinem Zusammenhang gelockert; es kommt nur stellenweise zur Bildung von Blasen, die jedoch nicht prall sind. Für diese Erscheinungen mag der schlechte Allgemeinzustand der Patienten und die auch im histologischen Bilde ausgesprochene Kachexie der Haut ein ursächliches Moment abgeben. — Beim Pemphigus vegetans giebt es Fälle, welche gleich von Anfang an als vegetierende auftreten und, wie Kaposi behauptet, den Eindruck einer spezifischen Infektion machen. Andere aus dem Pemphigus vulgaris sich entwickelnde Fälle zeigen einen eminent chronischen Verlauf mit schwächerer, nicht kontinuierlicher, aber oft wiederholter Exsudation, durch welche die Ernährung der Haut herabgesetzt, andererseits ein andauernder Reiz ausgeübt wird, unter dem das Rete zu wuchern beginnt. Die Erscheinung ist nicht ungewöhnlich, wenn man bedenkt, dafs bei allen chronischen Entzündungsprozessen der Haut Neubildung von Gewebe eintreten kann.

III. **Über einen Fall von Lepra tuberosa ohne Befund von Leprabacillen und über das Vorkommen von Riesenzellen in leprösen Hautinfiltraten,** von Carl Brutzer-Riga. Bei einem 75jährigen Manne, der in seiner Jugend mit einem im Leprosorium verpflegten Manne, in späteren Jahren jedoch angeblich niemals mehr mit Leprösen verkehrt hat, zeigen sich im Frühjahr 1897 plötzlich rote Infiltrate im Gesicht, am Rumpf und an den Extremitäten. Im November bilden sich noch einzelne neue, worauf die Erscheinungen zum Stillstand kommen und dann allmählich abzunehmen beginnen. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist nicht gestört. Im Juni

1898 sind die Knoten und Infiltrate fast ganz resorbiert, nur braunrote Flecke bleiben zurück. Dann treten Schmerzen und taubes Gefühl in den Extremitäten auf. Es bilden sich mit Beginn des Jahres 1899 an den Streckseiten der Arme und an anderen Stellen diffuse, derbe Infiltrate, die Haut färbt sich hier bräunlich und im Schnittpräparate sind reichlich Leprabacillen vorhanden, während Verfasser in mikroskopischen Schnitten excidierter Knoten von der Stirn, vom Halse und vom Rücken keinen einzigen Leprabacillus finden konnte. Verfasser beschreibt zwei andere Fälle, die sich klinisch von einander und von dem ersten unterscheiden, jedoch denselben histologischen Befund aufweisen. Von Interesse ist, dafs die Präparate stellenweise Bilder zeigen, welche nicht nur durch das Vorhandensein von Riesenzellen, sondern auch durch die Anordnung der kleinzelligen Infiltration und die Gruppierung der übrigen Zellen lebhaft an die histologischen Verhältnisse bei tuberkulösen Hautaffektionen erinnern. Die Bildung von Riesenzellen ist jedenfalls kein unterscheidendes Charakteristikum der Tuberkulose. Sie kommen in den leprösen Infiltraten in der Regel vor und in denselben Formen wie bei der Tuberkulose. Sie sind als Ausdruck übertriebener Zellvermehrung aufzufassen.

IV. **Über Auftreten von universellem Exanthem nach lokaler Anwendung von Jodvasogen,** von L. Lipman-Wulf-Berlin. Verfasser hat in Prof. Posners Poliklinik das Jodvasogen in 6%iger Lösung angewendet und gefunden, dafs es sich bei Hodenentzündungen und bei Inguinalbubonen wohl bewährt. Nur ausnahmsweise klagten die Patienten bei längerem Gebrauche über unerträgliches Jucken an der eingeriebenen Stelle. Während die Resorptionsfähigkeit des Jodvasogens besonders stark von einigen Autoren betont wird, ist es auffallend, dafs dieselben niemals Erscheinungen einer Jodvergiftung haben auftreten sehen. Verfasser ist in der Lage über einen Fall zu berichten, bei welchem nach neuntägiger, täglicher Einreibung eines rechtsseitigen Bubo inguinalis mit Jodvasogen plötzlich eine starke Rötung und Entzündung der Inguinalgegend auftrat; die Epidermis wurde spröde und schilferte in grofsen Lamellen ab. In den nächsten Tagen schwoll die Haut des Penis und des Scrotums an. Von der rechten Inguinalgegend aus entwickelte sich ein diffuser, roter, knötchenartiger Ausschlag, der nacheinander Bauch, Brust, obere und untere Extremitäten und schliefslich das Gesicht befiel. Die subjektiven Erscheinungen bestanden in allgemeiner Abgeschlagenheit, intensivem Jucken und Spannungsgefühl an den ödematös infiltrierten Hautpartien. Erst nach einer Woche bildete sich der Ausschlag zurück und war nach weiteren acht Tagen verschwunden. Jod konnte in Spuren noch lange Zeit später im Urin nachgewiesen werden. Der Fall beweist, dafs auch das Jodvasogen unter Umständen von Erscheinungen des Jodismus gefolgt sein kann. (NB. Ganz beweiskräftig ist der Fall denn doch nicht, da sowohl die objektiven wie subjektiven Erscheinungen in demselben für Jodismus ganz ungewöhnlich sind, während die gewöhnlichen Symptome, wie Jodschnupfen, Kopfschmerzen, Jodakne etc. gänzlich fehlen. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

Ergänzungsheft zu Band VI.

Die Verbreitung der Syphilis, der venerischen Krankheiten und der Prostitution in Rufsland, von O. v. Petersen und C. v. Stürmer-St. Petersburg.

I. **Die Syphilis und die venerischen Krankheiten in den Städten Rufslands,** von O. v. Petersen. Aus 238 Städten sind statistische Daten tabellarisch zusammengestellt. Aus denselben ergiebt sich, dafs in diesen 238 Städten mit 7208019 Einwohnern 87866 Kondylomatöse und 24432 Gummöse (d. h. 3,6 : 1) notiert sind.

Diese Zahlen entsprechen jedoch, wie in den verschiedenen Berichten direkt betont wird, bei weitem nicht der Wirklichkeit. Würden alle Syphilitiker bei jedem Recidiv behandelt und angeschrieben werden, so müfste das Verhältnis der Kondylomatösen zu den Gummösen 8:1 und nicht 3,6:1 sein. Was die Verbreitung des Ulcus molle betrifft, so finden sich durchschnittlich in Städten mit

a) bis 10000 Einwohnern 25,
b) 10— 20000 „ 89,
c) 20— 50000 „ 189,
d) 50—200000 „ 682 Fälle.

Am stärksten verbreitet ist das Ulcus molle in den Residenzen und in Städten mit mehr als 500000 Einwohnern. Einen Einfluſs übt die Arbeiterbevölkerung, das Zusammenströmen groſser Volksmengen an Wallfahrtsorten und die Nähe der Residenzen aus. In Lodz beispielsweise sind unter 114000 Einwohnern 3992 Fälle von Ulcus molle registriert. — Indem wir den Leser auf zahlreiche andere interessante und instruktive Details in den Ausführungen des Verfassers verweisen, geben wir die Schlufsfolgerungen wieder, die derselbe aus allen seinen Betrachtungen zieht.

A. Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten. 1. Die Syphilis und die venerischen Krankheiten sind in den einzelnen Städten nicht gleichmäfsig verbreitet. 2. In dieser Hinsicht mufs man einen Unterschied zwischen groſsen, mittelgroſsen und kleinen Städten machen. 3. In groſsen und mittelgroſsen Städten geschieht die Verbreitung der Syphilis vorzugsweise auf dem Wege des geschlechtlichen Verkehrs. In kleinen Städten, wo die Lebensbedingungen sich wenig von denjenigen auf dem Lande unterscheiden, geschieht die Verbreitung der Syphilis häufiger auf aufsergeschlechtlichem Wege. 4. In Hafenstädten und in solchen Städten, wo zeitweilig gröfsere Volksmengen zusammenströmen (Jahrmärkte, Wallfahrer, Arbeiter), ist eine stärkere Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten zu bemerken. 5. Der Umstand, dafs die Hospitalbehandlung nicht genügend zugänglich ist, trägt zur Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten bei; besonders nachteilig wirkt das Fehlen oder die mangelhafte Zahl der Betten in den speziellen Abteilungen der Hospitäler und die daraus folgende frühzeitige Entlassung der Kranken vor Abschluſs der Kur. 6. Das Fehlen von Stadthospitälern in vielen Städten, wo es Landschaftshospitäler giebt, erschwert eine Feststellung der Zahl der Syphilitiker unter der Stadtbevölkerung. 7. Die mangelhafte Kenntnis der gefährlichen Folgen der Syphilis und der Urethritis seitens der Stadtbevölkerung bildet eine Ursache der unregelmäfsig durchgeführten Behandlung und trägt zur Verbreitung der erwähnten Krankheiten bei, besonders im Falle der aufsergeschlechtlichen Infektion. 8. Zur Bestimmung des Grades der Verbreitung der Syphilis sind wir einstweilen darauf angewiesen, vorzugsweise die Berichte der Hospitäler und Ambulanzen zu benutzen; in den Hospitälern ist aber die Zahl der Kranken direkt abhängig von der Zahl der Betten für Syphilitiker und Veneriker. Infolge des Berufsgeheimnisses und weil die praktischen Ärzte nicht verpflichtet sind, Listen über die Patienten aus der Privatpraxis zu führen, kann die Privatpraxis keine Daten hinsichtlich der Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten liefern. 9. Eine annähernde Bestimmung der Zahl der Syphilitiker ist auf Grund des Verhältnisses der Zahl der Kranken im kondylomatösen Stadium zu der Zahl der Kranken im gummösen Stadium möglich. 10. Unter den bemittelten Klassen der Bevölkerung ist die Syphilis nicht weniger verbreitet als unter den unbemittelten. 11. Das einzige Mittel zur normalen Befriedigung des Geschlechtstriebes ist die Ehe, obgleich auch diese keine volle Garantie gegenüber der Infektion mit Syphilis bietet. Die aufsereheliche Befriedigung des Geschlechtstriebes

bildet eine Hauptursache der Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten in den Städten. 12. Das Verhältnis der Zahl der Männer zu der der Frauen, besonders der unverheirateten Männer zu den unverheirateten Frauen in der Periode der Entwickelung des Geschlechtstriebes (16—45 Jahre), übt einen Einfluſs auf die Verbreitung der erwähnten Krankheiten aus. 13. In denjenigen Städten, wo die auſsergeschlechtliche Infektion prävaliert, muſs die Zahl der Kinder und Greise mit Erscheinungen von recenter Syphilis gröſser sein als in denjenigen Städten, wo die geschlechtliche Infektion vorwaltet. 14. In groſsen Städten werden Frauen im Alter von 16—20 Jahren häufiger infiziert als Männer; im Alter von 21—45 Jahren werden umgekehrt mehr Männer als Frauen infiziert. Die venerischen Krankheiten kommen unter Männern häufiger vor als unter Frauen. 15. Das Fehlen einer zweckmäſsigen Nomenklatur für die verschiedenen Stadien der Syphilis, das Fehlen eines einheitlichen Schemas für die Berichte und die wiederholte Registrierung derselben Kranken bei wiederholtem Eintritt ins Hospital in verschiedenen Stadien der Krankheit bildet ein Hindernis zur Feststellung des Grades der Verbreitung der Syphilis. Kranke mit Ulcus molle und Urethritis werden vorzugsweise nur dann ins Hospital aufgenommen, wenn Komplikationen vorhanden sind. 16. Der Alkoholmiſsbrauch übt einen fördernden Einfluſs auf die Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten aus, indem dadurch der Geschlechtstrieb erhöht wird und die Wahl eines Objektes zur Befriedigung des Triebes weniger vorsichtig geschieht. Der Alkoholismus übt einen schädlichen Einfluſs auf den Verlauf der Syphilis und der venerischen Krankheiten aus und hindert eine regelrechte Durchführung der Behandlung. 17. Ulcus molle und Urethritis kommen in kleinen Städten selten vor, in mittelgroſsen Städten häufiger und besonders häufig in groſsen Städten. 18. Die Berichte der Hospitäler und Ambulanzen liefern kein richtiges Bild der Verbreitung der Urethritis, die in groſsen Städten eine der am meisten verbreiteten Krankheiten unter jungen, unverheirateten Männern bildet. 19. Die Urethritis kommt unter Männern viel häufiger vor als unter Frauen; ihre Komplikationen können die Zeugungsfähigkeit der Männer herabsetzen. 20. Die Urethritis bildet bei Frauen eine ernste Erkrankung in Anbetracht der Folgen (Parametritis, Oophoritis), die sie nach sich zieht und die den allgemeinen Gesundheitszustand schädigen und die Zeugungsfähigkeit herabsetzen. 21. Zu den Ursachen der Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten sind ferner zu zählen: Das späte Eingehen der Ehe; die allzu frühe Befriedigung des Geschlechtstriebes; der zeitweilige Aufenthalt verheirateter Männer in groſsen Städten (ohne ihre Frauen) zur Arbeit; mangelhafte Beaufsichtigung der Prostitution und der Fabrikarbeiter; die allgemein verbreitete Ansicht, die Syphilis sei eine „schmachvolle Krankheit“ und die Urethritis eine „leichte Erkrankung, die nicht ernst zu nehmen sei.“ 22. Ursachen der Verbreitung der Syphilis auf auſsergeschlechtlichem Wege in den Städten: Arbeiterkasernen, Findelhäuser und überhaupt das Säugen fremder Kinder (zufälliges Säugen oder Säugen von unehelichen Neugeborenen, die zu diesem Zwecke mit Umgehung der Findelhäuser abgegeben werden), Barbierstuben, Küsse, die rituelle Beschneidung etc. 23. In kleine und mittelgroſse Städte wird die Syphilis aus groſsen Städten oder vom Lande eingeschleppt. Die Verbreitung geschieht unter anderem durch angereiste Prostituierte, durch Tagelöhnerinnen und Dienstboten. 24. Nicht selten vernachlässigen die Patienten ihre Krankheit und suchen erst dann ärztliche Hülfe, wenn sie dazu durch Schmerzen oder Arbeitsunfähigkeit gezwungen werden.

B. Mängel der bis jetzt angewandten Maſsregeln. 25. Nicht nur in mittelgroſsen, sondern auch in groſsen Städten finden die Kranken keine genügende Hospitalbehandlung. 26. Die Zahl der Hospitäler genügt nicht und Abteilungen für

Syphilitiker und Veneriker fehlen in denselben entweder ganz oder sind mangelhaft eingerichtet. Wegen Mangels an Platz werden Syphilitiker sogar oft abgewiesen. 27. In vielen Städten giebt es entweder gar keine öffentlichen Gratisambulanzen oder die vorhandenen verfügen nicht über genügendes Ärztepersonal. 28. Die sanitäre Beaufsichtigung in Fabriken und Werkstätten ist meistenteils eine ungenügende. 29. Es herrscht ein Mangel an spezialistisch ausgebildeten Ärzten in den syphilitischen Abteilungen und Ambulanzen (in letzteren werden die Ärzte entweder überbürdet oder die Zahl der Kranken wird dermafsen eingeschränkt, dafs viele abgewiesen werden müssen.) 30. Es giebt Städte, wo für die Behandlung der Syphilitiker, besonders der Prostituierten aus Bordellen, gezahlt werden mufs. 31. Es giebt Städte, wo Syphilitiker aus der bürgerlichen Bevölkerung gezwungen sind, sich für teures Geld im Militärhospital behandeln zu lassen, weil es keine Stadthospitäler giebt. 32. Es giebt Städte, wo überhaupt keine Hospitäler existieren, sodafs die Syphilitiker genötigt sind, zur Behandlung in andere Städte zu reisen. 33. In vielen Städten fehlen entweder überhaupt polizeiliche Komitees, oder wenn solche vorhanden sind, so können sie keine zweckmäfsige Wirksamkeit entfalten aus Mangel an Geldmitteln. 34. In vielen Städten wird die Bekämpfung der Syphilis dem Kreiskomitee für öffentliche Gesundheitspflege übertragen, welcher zum gröfseren Teile aus Laien besteht. 35. Nach den jetzt herrschenden Gesetzen können Laien, Feldscherer und Quacksalber ungehindert auch die Syphilitiker behandeln. 36. In vielen Städten, wo die ärztliche Beaufsichtigung der Prostituierten den Stadt- oder Kreisärzten übertragen ist, können letztere ihren Pflichten nicht nachkommen, weil sie mit anderen Berufsarbeiten überbürdet sind. 37. In kleinen Städten, wo es keine Prostituierten giebt, treiben die Dienstboten heimliche Prostitution, wobei aber jede Beaufsichtigung fehlt. 38. In vielen Städten verwendet die Stadtverwaltung nicht die notwendige Sorgfalt auf Ergreifung von Mafsregeln zur Bekämpfung der Syphilis aus Mangel an Geldmitteln. 39. Die Beziehungen zwischen Hospitälern, Ambulanzen und Komitees zur Beaufsichtigung der Prostituierten sind nicht genügend klar gestellt.

C. Mafsregeln, die Verfasser vorschlägt. 40. Einführung einer einheitlichen Nomenklatur bei der Registrierung der Syphilitiker und Veneriker. 41. Unentgeltliche Behandlung der Syphilitiker und Veneriker in den Hospitälern aller Städte. 42. Einrichtungen von Gratisambulanzen mit unentgeltlicher Verabfolgung von Medizin für Syphilitiker und genügender Anzahl von Ärzten. 43. Errichtung von Stadthospitälern in allen Städten Rufslands. An den bestehenden Hospitälern sind Abteilungen für Syphilitiker und Veneriker mit genügender Bettenzahl einzurichten resp. zu verbessern. 44. Syphilitiker, die sich im ansteckenden Stadium der Krankheit befinden, dürfen im Hospital nicht abgewiesen werden. 45. Die Stadthospitäler der grofsen und mittelgrofsen Städte dürfen nicht mit den Landschaftshospitälern vereinigt sein. 46. Wenn die Stadtverwaltungen aus Mangel an Geldmitteln nicht im stande sind, Hospitäler mit genügender Anzahl von Betten einzurichten, so müssen sie sich auf legalem Wege an die Regierung mit einem Gesuch um Unterstützung wenden. 47. In Hafenstädten oder in solchen Städten, wo zeitweilig gröfsere Volksmengen zusammenströmen, müssen für diese Zeit temporäre Ambulanzen oder Hospitäler für Syphilitiker errichtet werden, oder die vorhandenen Abteilungen müssen erweitert und die Zahl der Ärzte vermehrt werden. 48. In allen grofsen und mittelgrofsen Städten sind polizeiliche Komitees mit speziell vorgebildeten Ärzten an der Spitze zu organisieren, in kleineren Städten sind mit der Beaufsichtigung der Prostitution besonders dazu kreierte Ärzte zu betrauen. 49. Es müssen engere Beziehungen zwischen den polizeiärztlichen Komitees, den Hospitälern und Ambulanzen eingeführt werden. 50. In Bordellen ist nach Möglichkeit eine Inspektion der besuchenden Männer ein-

zuführen. 51. In Fabriken und Werkstätten muſs beim Dienstantritt und Austritt der Arbeiter eine körperliche Besichtigung derselben stattfinden; die als syphilitisch Befundenen sind in Krankenhäusern unterzubringen, nicht aber zu entlassen. 52. Es ist nach Möglichkeit die Regel einzuführen, daſs Dienstboten beim Dienstantritt ein ärztliches Zeugnis darüber vorweisen, daſs sie an keiner ansteckenden Krankheit leiden. 53. In Arbeiterkasernen müssen Männer und Frauen immer getrennt sein. 54. Säuglinge, die sich im ansteckenden Stadium der Syphilis befinden, müssen entweder künstlich oder von Ammen genährt werden, die die Syphilis überstanden haben. 55. Die rituelle Beschneidung muſs von Ärzten ausgeführt werden, oder wenn das nicht möglich, so müssen die Beschneider ein Zeugnis über ihren Gesundheitszustand beibringen. 56. Personen, die wissentlich auf andere Syphilis übertragen, sind strafbar. 57. In allen Universitäten müssen Lehrstühle für Syphilis, venerische und Hautkrankheiten kreiert werden. 58. Den Stadtärzten muſs die Möglichkeit geboten werden, Wiederholungskurse über Syphilis und Hautkrankheiten zu besuchen. 59. Der Unterricht in der Hygiene muſs in das Programm der Schulen aufgenommen werden. 60. Die Gesellschaft des roten Kreuzes, die beständig ärztliche Hülfe für die ärmste Bevölkerung der Städte organisiert und deren Institute über ganz Ruſsland verbreitet sind, kann durch ihre Teilnahme an der Bekämpfung der Syphilis groſsen Nutzen bringen, ebenso auch die „Gesellschaft zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten", deren Aufgabe unter anderem auch darin besteht, für Unterdrückung der Infektionskrankheiten zu sorgen, zu welchem Zwecke die Errichtung von beständigen und temporären Hospitälern geplant wird.

II. **Die Prostitution in den Städten Ruſslands**, von C. L. v. Stürmer. Verfasser will in dem vorliegenden Berichte, der den Zeitraum von 1889 bis 1893 umfaſst, ein möglichst klares Bild von der Ausbreitung der Prostitution in den Städten des Reiches, von der Organisation der Aufsicht über dieselbe und die Resultate, die diese erzielt, liefern. Auch er betont, daſs die Zahlen in den Rechenschaftsberichten, welche der Arbeit zu Grunde gelegt sind, bei weitem nicht der Wirklichkeit entsprechen.

Im ersten Kapitel behandelt Verfasser die Definition des Begriffes „Prostituierte" und die Einteilung der Prostituierten in Kategorien. Als „Prostitution" will er nur die gewerbsmäſsig, gegen Bezahlung ausgeübte gelten lassen und möchte die Prostituierten in beaufsichtigte oder kontrollierte und unbeaufsichtigte oder unkontrollierte eingeteilt wissen.

Kapitel 2 behandelt die Ursachen der Entstehung der Prostitution. Die Bedingungen, welche eine Ausbreitung derselben in den Städten begünstigen. Die Grundursache wird von einigen Autoren in dem natürlichen Geschlechtstrieb des Menschen, in der Neigung des männlichen Geschlechts zur Polygamie, von anderen in den sozialen Verhältnissen, in einer dem Frauenzimmer angeborenen Neigung zum Laster infolge von Degeneration gesucht. Vielfach spielt der Zufall bei der Prostitution eine ursächliche Rolle. Je komplizierter sich das gesellschaftliche Leben gestaltet, desto günstiger sind die Bedingungen zum Entstehen einer zufälligen Prostitution und desto mannigfaltiger sind die Formen ihres Auftretens. Vor allem ist es der spärliche Erwerb, welcher viele Arbeiterinnen, Tagelöhnerinnen, Handwerkerinnen, Dienstboten dazu treibt, die geheime Prostitution als Nebenverdienst zu üben. Viele Weiber, die im Sommer mit Feldarbeit beschäftigt sind, leben im Winter in der Stadt von der Prostitution. Ein charakteristisches Beispiel für diese temporäre Prostitution bietet Nishnij-Novgorod, wo viele Frauenzimmer ausschlieſslich zur Zeit des Jahrmarktes sich mit der Prostitution beschäftigen, während sie die übrige Zeit des Jahres friedlich von ihrer Hände Erwerb leben, land-

wirtschaftliche oder häusliche Arbeit verrichten. — Zu den gelegentlichen Umständen, welche der Prostitution Vorschub leisten, gehört die Auswanderung von Männern nach Amerika. Die häufig in Armut zurückgelassenen Frauen treiben, um sich zu ernähren, bis zur Rückkehr ihrer Männer Prostitution. In vielen Städten des östlichen Rufslands, namentlich von Turkestan, üben die Frauen mit Erlaubnis ihrer Männer, Töchter mit Erlaubnis ihrer Eltern, lediglich aus Geldgier, Prostitution. Tartarische Mädchen heiraten nicht selten direkt aus den Bordellen. Ein tartarisches Mädchen, das sich durch die Prostitution eine Mitgift erworben hat, kann immer darauf rechnen, einen Mann zu finden. — Armut, die Schutzlosigkeit der Waisen, die Verführung, Kuppelei, Manöver und Einquartierungen und viele andere Umstände tragen zur Entstehung und Verbreitung der Prostitution bei.

Kapitel 3 behandelt die Organisation und die Resultate der bestehenden Beaufsichtigung der bestehenden Prostitution,

Kapitel 4 die Mängel der bestehenden Kontrolle und die Mafsregeln zur Beseitigung derselben. Der höchste Prozentsatz von Syphiliserkrankungen wurde unter den der Prostitution verdächtig aufgegriffenen Frauenzimmern gefunden und übersteigt bei weitem jenes Maximum, das sich unter den Bordelldirnen und einzeln lebenden Prostituierten herausstellte. Die unkontrollierte Prostitution ist in sanitärer Hinsicht die gefährlichste wegen des hohen Prozentsatzes der unter ihr vorkommenden spezifischen Erkrankungen und wegen Mangels jeglicher Kontrolle. Durchschnittlich giebt es unter den Prostituierten 26,1% Syphiliskranke. 33% der Bordelldirnen hatten sich vor ihrer Registrierung infiziert; von den gesund eintretenden Frauenzimmern dagegen werden 93,0% in den ersten drei Jahren angesteckt. In allen Städten ist die Prozentzahl der Syphilisfälle unter den einzeln lebenden Prostituierten gröfser als unter den Bordelldirnen. Aus den zahlreichen äufserst interessanten Daten, die der Verfasser beibringt, ist ersichtlich, dafs die Bordelle bei ihrer gegenwärtigen mangelhaften Organisation und Kontrolle als sehr gefährliche Institute in sanitärer Beziehung zu bezeichnen sind und somit wegen der hochgradigen Infektionsfähigkeit der Bordelldirnen ihren Endzweck nicht erfüllen.

Am Schlusse seiner umfangreichen und instruktiven Arbeit schlägt der Verfasser Mafsregeln vor, die er selbstverständlich unter ausschliefslicher Berücksichtigung russischer Verhältnisse zur Beseitigung der vorhandenen Übelstände für notwendig hält. Einzelne auch anderwärts beherzigenswerthe Ratschläge wollen wir hier anführen: 1. Es müssen allgemein leitende Grundsätze für die Überwachung der Prostitution in den Städten aufgestellt werden, die für das ganze Reich obligatorisch wären. Man mufs die Beaufsichtigung der Prostitution in den Städten den örtlichen Verhältnissen angepafst organisieren und die Institutionen, welche damit betraut werden, mit den erforderlichen Mitteln versehen. 2. Die Statistik der Prostitution mufs nach einer festgesetzten Form geführt werden, die für alle Städte des Reiches obligatorisch wäre. 3. Da eine unnötige Strenge der Beaufsichtigungsmafsregeln nur zur Verminderung der Zahl der unter Kontrolle stehenden Prostituierten und zur entsprechenden Kräftigung der geheimen Prostitution führt, so soll die geheime Beaufsichtigung in allen Städten eingeführt werden. 4. Eltern, Vormünder und Männer, die sich mit Kuppelei ihrer Kinder, Mündel und Frauen befassen, sind streng zu bestrafen. 11. Bei Festnahme von Frauenzimmern auf der Strafse, die verdächtig sind, sich der ärztlichen Besichtigung zu entziehen, ist die gröfste Vorsicht erforderlich, damit nicht Frauenzimmer beleidigt werden, die mit Prostitution nichts zu thun haben. 18. Die Räumlichkeiten, wo die ärztliche Untersuchung der Prostituierten vorgenommen wird, müssen mit allem Erforderlichen ausgerüstet sein. Die Einrichtung besonderer Untersuchungsstationen, nicht in den Polizeigebäuden, sind am zweckmäfsigsten. 20. Es

muſs für alle Institutionen, denen die Beaufsichtigung d r Prostitution obliegt, eine bestimmte Norm festgesetzt werden, wieviel Prostituierte der Arzt in der dafür bestimmten Zeit zu besichtigen hat. 21. Bei den ärztlichen Untersuchungen dürfen zur Assistenz nur Medizinalpersonen, aber auf keinen Fall Polizeibeamte zugelassen werden. 22. Die Untersuchungen sind am Tage vorzunehmen. 23. Bei den ärztlichen Untersuchungen soll jedesmal die ganze Körperoberfläche und alle erreichbaren Schleimhäute besichtigt werden. Die Einführung des Speculum ist obligatorisch, wenn die Prostituierte zur Zeit nicht die Menstruation hat. Von dem Vorhandensein derselben muſs man sich überzeugen und nicht den Worten Glauben schenken. 24. Eine mikroskopische Untersuchung der Ausscheidungen aus den Geschlechtsteilen der Prostituierten auf Gonokokken kann nur in den Untersuchungsstationen vorgenommen werden zur Kontrolle der Heilungsresultate des Trippers bei Frauenzimmern, die als eben aus dem Hospital entlassen sich vorstellen. 25. Die Hospitalbehandlung der Syphilis und der venerischen Krankheiten soll für die Prostituierten obligatorisch sein. 26. Die Bordellwirtinnen sollen eine jährliche Hospitalabgabe für die Behandlung der Prostituierten entrichten, aber nicht für die Behandlung der einzelnen im Hospital behandelten Prostituierten bezahlen. 27. In groſsen Städten sollen die einzeln lebenden Prostituierten in Anbetracht der weiten Strecken in besonderen Wagen nach dem Hospital befördert werden. 29. Überall muſs man sich bemühen, den Prostituierten die Möglichkeit zu verschaffen, unentgeltliche Hospitalbehandlung der Syphilis und venerischen Krankheiten zu genieſsen. Die kranken Prostituierten soll man genügende Zeit im Hospital behalten und nicht wegen Mangels an Betten mit noch bestehenden Krankheitserscheinungen entlassen. 30. In den Hospitälern soll man nach Möglichkeit besondere Abteilungen oder Räume für Prostituierte, die an Syphilis oder venerischen Krankheiten leiden, errichten. 32. Die zur Isolierung von Prostituierten mit kondylomatöser Syphilis vorgeschlagenen Kolonien und unter Quarantäne stehenden Arbeitshäuser verdienen ernste Beachtung. 35. Das die Untersuchungen vornehmende Ärztepersonal muſs praktisch (Minimum ein Jahr Beschäftigung in einem Spezialhospitale) mit der Syphilidologie, den venerischen und Hautkrankheiten vertraut sein. 36. Die Arbeit der Untersuchungsärzte muſs in gehöriger Weise von der Obrigkeit oder der Stadtverwaltung honoriert werden. Es dürfen keinerlei Berechnungen, Geld betreffend, für die Untersuchung zwischen Ärzten und Prostituierten, wie auch Bordellwirtinnen statthaben. 39. Gewissenhafte ärztliche Untersuchungen der Bordelldirnen können das Prozent der Syphilitischen im Bestande der Prostituierten nicht herabsetzen. Eine Besserung des sanitären Zustandes unter den Bordelldirnen kann man durch zwei gleichzeitig angewandte Maſsregeln erreichen: a) durch Nichtzulassen in die Bordelle und Ausscheiden der Prostituierten mit kondylomatöser Syphilis aus den Bordellen, b) durch Untersuchung der die Bordelle Frequentierenden. 40. Die Einführung von Präservativs in den Bordellen ist sehr wünschenswert. 41. Am zweckentsprechendsten wäre die Errichtung von öffentlichen Häusern zweierlei Typen: Häuser mit einem Kontingent von Prostituierten, die nie an Syphilis gelitten haben, wo eine Besichtigung der Männer obligatorisch wäre. Häuser mit einem Kontingent von syphilitisierten Prostituierten oder solchen, die schon gummöse Erscheinungen gehabt haben; hier findet keine Untersuchung der Männer statt. 42. Es muſs streng darauf geachtet werden, daſs kein Verkauf von spirituösen Getränken in den Bordellen stattfindet.

Weiter sind unter anderen folgende Ratschläge zu beachten: a) Eine Behandlung der Prostituierten durch die Untersuchungsärzte ist nicht zulässig. d) Wo es möglich ist, sollte die Untersuchung der Prostituierten weiblichen Ärzten übertragen werden. e) Im Interesse der gesellschaftlichen Moral sollten Maſsregeln ergriffen

werden zur Einschränkung von Provokationen seitens Prostituierter auf den Straſsen.

Eine Reihe von Tabellen über die Anzahl der Bordelle und den Bestand der Prostituierten in den einzelnen Städten, über die Zahl der syphilitischen Erkrankungen im Verhältnis zur Zahl der Prostituierten, über die Zahl der venerischen Erkrankungen im Verhältnisse zur Zahl der Prostituierten bilden den Schluſs der Arbeit. *C. Berliner-Aachen.*

Bücherbesprechungen.

Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten, von P. G. Unna. Einzel-Abtlg. a. d. Lehrbuch d. allg. Therapie u. d. therap. Methodik, von Eulenburg und Samuel. (Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1899.) In dem vorliegenden Werk vereinigt der bekannte Forscher seine reichen praktischen Erfahrungen mit den verschiedenen wichtigen Thatsachen, welche er auf theoretisch-histologischem Gebiete zu unserer Kenntnis gebracht hat, um in groſsen Zügen für den Dermatologen und praktischen Arzt die allgemeinen Grundlagen der Dermatotherapie niederzulegen. Da jedes Wort des Buches von Bedeutung ist, so ist die Aufgabe des Referenten eine doppelt schwere, nur den Inhalt desselben kurz zu skizzieren. In der das Wesen der allgemeinen Therapie behandelnden Einleitung wird auf die Wichtigkeit der Vehikel und deren richtiger Auswahl besonders hingewiesen. Der übrige Inhalt ist sodann in drei Hauptkapitel: A. Gesamthaut, B. Oberhaut, C. Cutis und Subcutis eingeteilt. Das erste Kapitel des Abschnittes A behandelt die Deckmittel; im engeren Sinne sollen dieselben der Haut gegenüber sich möglichst indifferent verhalten und nur die Schädlichkeiten der Auſsenwelt abschwächen, vernichten, neutralisieren. Einzeln sind sie in einer Reihe von Unterabteilungen besprochen, wie Abhaltung von Kälte, von Luft, von Reibung und Druck. Bei Abhaltung von Chemikalien ist als besonders wichtig hervorzuheben, daſs beim Gewerbeekzem die gewöhnliche Reinigungsart der ja meist befallenen Hände ein groſser Fehler ist, daſs vielmehr die Reinigung mit Seife nebst Putzen und Beschneiden der Nägel stets abends zu geschehen hat. Im zweiten Kapitel: Druckmittel, kommen vor allem Zinkleimbinde und Kollodiumfirnisse in Betracht. Unna steht auf dem Standpunkt, daſs Bedeckungen des ganzen Körpers mit in Wasser löslichen und unlöslichen Firnissen die Hautperspiration nicht stören, daher Zinkleim, Gelanth, Caseinsalbe, Kollodium, Traumaticin nie schädlich wirken können. Drittes Kapitel: Als Befestigungsmittel werden nur Mullbinden mit vorheriger und nachheriger Einleimung empfohlen (auſser für die Genital- und Aftergegend). Abkühlungsmittel sind besonders die sog. Kühlsalben, am besten möglichst wasserhaltig (30—60%) mit Adeps lanae zu präparieren. Beim Kapitel Erwärmungsmittel rühmt U. die Bettwärme für manche Hautleiden (trockenes Ekzem, Psoriasis, Lichen, Prurigo) besonders, wenn Medikamente, mit welchen wir energisch in die Tiefe wirken wollen, wie Teer, Chrysarobin, aufgetragen werden. Auch die alten, durch die Aera der Antisepsis mit Unrecht lange vernachlässigten Kataplasmen mit breiigen und schleimigen Massen bringt U. wieder zu Ehren. Die Ätzmittel werden eingeteilt in a) Sauerstoffmittel (Salpetersäure), b) Chlormittel (Sublimat, Chlorzink, Trichloressigsäure), b) Eiweiſs lösende Säuren (Essigsäure und Milchsäure), d) Eiweiſs lösende Alkalien (Kalium causticum,

Ätzpasten und Ätzstifte), e) Eiweifs härtende Mittel (konzentrierte flüssige Karbolsäure, Formaldehyd). Beim Kapitel Mittel zur Beseitigung des Juckens (Antipruriginosa) faſst U. das Juckgefühl der verschiedenen Dermatosen überhaupt als ein Mifsverhältnis zwischen dem Druck des Gewebssaftes und dem Gegendruck der Oberhaut auf. Es folgen nun weiter die häutchenbildenden Mittel, die Mittel zum Brennen (Cauteria), die spezifischen Mittel (Specifica), As, Hg u. s. w. UNNA mufs zugestehen, dafs noch immer völliges Dunkel darüber herrscht, wie eigentlich Hg bei Syphilis, wie As bei Pemphigus, Psoriasis u. s. w. wirkt. In dem Kapitel Mittel zur Prophylaxis (Reinhaltung der Haut, Klimatotherapie, Diät) fiel Referenten auf, dafs U. letzterer (der Diät) relativ geringe Bedeutung zuschreibt. — Der zweite Hauptabschnitt des Buches behandelt die Oberhaut, auf welche ja zunächst und oft ganz allein unsere Heilmittel einwirken. Innerhalb der Oberhaut ist es wieder die Hornschicht, welcher der nächste Angriff fast aller Mittel gilt. Ausführlich folgen in einzelnen Kapiteln all die Mittel zum Einfetten der Hornschicht (Fette als Ersatzmittel des fehlenden Hautfettes, als Deckmittel, als Vehikel, als Heilmittel), Mittel zum Aufquellen und Macerieren, hornzerstörende Mittel (Keratolytica), zu welchen vor allem Salicylsäure, Resorcin, ferner Wasserstoffsuperoxyd gehören. An die Mittel zur Tötung von Hornparasiten schliefsen sich unmittelbar jene zur Desinfektion der Hornschicht an; bei ersteren ist die Wirkung oft eine rein mechanische, BESNIER war der erste, welcher in den keratolytischen und schälenden Mitteln die Hauptmethode der Pilzvernichtung sah (Alkalien und Schwefelalkalien, Phenole, Salicylsäure, Resorcin, die Quecksilbermittel, wie Sublimat, Kalomel),. Die Mittel zur Entfettung der Hornschicht werden in fettlösende (HEBRAS alkalischer Seifengeist, Zinkoxyd, Formalinseife u. s. w.) und fettaufsaugende (Puder und Zinkleim) eingeteilt. Zur Beseitigung der Feuchtigkeit der Hornschicht sind vor allem Puder, Zinkleim und besonders die Pasten (die gewöhnliche Pasta zinci, die Zinkschwefelpaste) anzuwenden. Als Überhornungsmittel (Keratoplastica) wirken aufser den vorigen die reduzierenden Mittel in schwacher Dosierung, wie Phenol, β-Naphtol und Resorcin, die stärksten sind Pyrogallol und Chrysarobin, welch beide aber ganz verschiedenartig wirken. Bei der Stachelschicht, von der aus der ganze Ersatz der geschädigten Oberschicht geliefert wird, kommen in Betracht die Mittel zur Hervorrufung von Mitosen (Akanthoplastica), wie besonders Resorcin, Salicyl- und Karbolsäure in Seifenform. Die Anhangsgebilde der Haut, die Follikel, Talgdrüsen, Haare (Beseitigung derselben, Beförderung des Wachstums u. s. w.) bilden den dritten Abschnitt der „Oberhaut". Die Ursache der Hyperidrosis localis liegt für U. meist im Nervensystem und ist mit Anämie der Haut verbunden, der beiden gemeinschaftliche Faktor ist ein stärkerer Tonus der glatten Muskulatur (Reizung des Sympathicus). Als zweckmäfsigste hygienische Mafsregel empfiehlt U., bei Schweifsfüfsen direkt über der Haut wollene und über diesen leinene Strümpfe zu tragen; in zweiter Linie kommen dann Trockenmittel (Talcum, Kieselgur, Zinkoxyd u. s. w.) und bei bereits vorhandener Maceration der Hornschicht Adstringentien (Bäder mit Alaun, essigsaurer Thonerde, Formalin); in eingewurzelten Fällen ist bekanntlich Schälung der Fufsoberhaut mit Salpetersäure, Chromsäure u. a. m. vorzunehmen. — Der dritte Abschnitt: Cutis und Subcutis, handelt im 39. und 40. Kapitel (des ganzen Buches) von den die Anämie und die Wallungshyperämie der Haut beseitigenden Mitteln. Ichthyol soll bei den Indikationen in ganz vortrefflicher Weise, innerlich in Gaben von 0,5—2,0 täglich gegeben, entsprechen (z. B. pruriginöses Ekzem und Urticaria); auch für die Varicen (Senkungshyperämie) empfiehlt U. Ichthyol als ein ganz vorzügliches, inneres Mittel, durch dessen jahrelangen Gebrauch nicht unerhebliche Varicen

verschwunden sein sollen. Im 44. Kapitel: Beseitigung von Blutungen der Haut, wird der Flores Arnicae als eines zuverlässigen Mittels zur Entfernung der Purpuraflecke gedacht; man giebt sie als Pulver, in Pillenform und als Tinktur innerlich (von letzterer ca. 5 Tropfen zweistündlich). Der Inhalt der weiteren, vielfach theoretisches Interesse bietenden Kapitel betrifft die Beseitigung der Blutungen der Haut, von Cutisdefekten, von Eiterung, von Nekrose, von Hypertrophie des Kollagens (Elephantiasis, Rhinosklerom, Initialsklerose u. s. w.), von kleineren Geschwülsten, wobei besonders der vielseitigen Anwendung des Mikrobrenners gedacht wird. Referent glaubt, mit vorliegendem die wesentlichen Einzelheiten, die ihm für den Praktiker besonders wichtig erschienen, angedeutet zu haben, mufs aber nochmals hervorheben, dafs nur eingehende Lektüre die reiche Fülle des Unnaschen Buches erkennen läfst. *Stern-München.*

Syphilis, von Isidor Neumann. 2. Aufl. Mit 60 Abbild. (Wien, 1899. Alfred Hölder). Das vorliegende Werk, welches den XXIII. Band von Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie bildet, gehört, wofür schon der Name des Verfassers bürgt, mit zu den besten und ausführlichsten Beschreibungen der luetischen Gesamterkrankungen, welche uns der Büchermarkt der letzten Jahre beschert hat. In dem circa 850 Seiten starken Werke ist jede Allgemeinerscheinung und jedes Organ, welches je von der Krankheit betroffen werden kann, eingehender Würdigung unterzogen. Der allgemeine Teil beschäftigt sich im ersten Kapitel mit der Geschichte der Syphilis, die nach indischen, chinesischen und japanischen Werken mit Wahrscheinlichkeit schon in den Jahren 900 und 800 vor Christi Geburt vorgekommen ist. Beim zweiten Kapitel des allgemeinen Teiles: Verbreitung der Syphilis, wird der grofsen Frequenz der Syphilis in Schweden und Norwegen gedacht, welche dort unter dem Namen Radesyge vorkommt. — N. hält also diese Krankheit für eine (schwere) Form der Syphilis, ebenso wie die Sivens in Schottland, bei letzterer bestehe aber oft eine Kombination mit Scabies. Beinahe völlig verschont von Syphilis sollen sein Island und Grönland, die Indianer Amerikas, ebenso wie die Wilden im Innern Afrikas, insoweit sie in keinem Verkehr mit Europäern stehen. Im speziellen Teil sind mehrere Kapitel dem venerischen Geschwür und dessen Komplikationen gewidmet, welchen Ausdruck N. für weichen Schanker wählt; der harte Schanker wird „syphilitischer Initialaffekt oder Sklerose" genannt und beim Kapitel über Unität und Dualität, welches eine sehr eingehende historische Darlegung erfährt, zeigt sich N. auf dem jetzt wohl allgemein anerkannten Standpunkt der Dualisten stehend. Was die Therapie des venerischen Geschwürs betrifft, so hat sich das Jodoform auch Neumann immer noch als das beste Mittel erwiesen; er räumt aber auch einigen neueren Mitteln, wie Airol, Dermatol, Europhen eine gewisse Wirkung ein, die gröfsere Mehrzahl der zahllosen, jetzt angepriesenen Jodoformersatzmittel verwirft er jedoch. Beim Kapitel: Allgemeine Pathologie der Syphilis, welches eine Reihe Unterabteilungen (Die Syphilis als Infektionskrankheit, Morphologie des syphilitischen Virus, das Syphilisvirus und seine Toxine u. s. w.) hat, bekennt sich N. als absoluter Anhänger der bakteriellen Richtung und zweifelt nicht, dafs die Syphilis ähnlich der Tuberkulose durch einen spezifischen Erreger erzeugt wird. Die Dauer der Kontagiosität ist eine relativ kurze, sie soll — sorgfältige Behandlung vorausgesetzt — nach drei- bis vierjähriger Krankheitsdauer, d. h. mit dem Aufhören des sog. Sekundärstadiums erlöschen, wie N. für wahrscheinlich hält. Was die Beziehungen der Syphilis zu physiologischen und pathologischen Zuständen betrifft, so verleiht dieselbe eine besondere Neigung zu Erwerbung oder Steigerung anderweitiger chronischer Affektionen, namentlich Tuberkulose; psoriatische

sowie ekzematöse Efflorescenzen pflegen allmählich in syphilitische umgewandelt zu werden. Wichtig ist der Zusammenhang zwischen Trauma resp. Hautreizen und Syphilis und nach des Referenten Ansicht in praxi noch zu wenig gewürdigt. Als eins der wichtigsten Prodromalsymptome und Zeichen der stattgehabten Infektion sieht N. das Fieber an, welches meist remittierenden Charakter habe; Fournier soll bei einem Drittel aller Kranken das syphilitische Eruptionsfieber gefunden haben. In der Inkubationsperiode soll die universelle Drüsenschwellung ein konstantes Symptom sein, wodurch eben die Syphilis als Allgemeinerkrankung zuerst zum Ausdruck kommt. N. bleibt bei der alten (Ricordschen) Einteilung der Stadien der Syphilis in primäre, sekundäre und tertiäre; letzterem, die gummösen Affektionen der Häute, Schleimhäute, Knochen, Eingeweide u. s. w. umfassend, fehle zumeist die Kontagiosität und hereditäre Übertragbarkeit. Als weitere Kapitel folgen nun die Hautsyphilide und deren Einteilung in makulöses, papulöses, pustulöses und Knotensyphilid nebst den verschiedenen Unterabteilungen, die syphilitischen Erkrankungen der hornigen Anhänge der Haut (Haare, Nägel). Die Syphilis der Schleimhaut, besonders des ganzen Verdauungskanales, der Nase und ihrer Nebenhöhlen, ist im ganzen ähnlich den Hauteruptionen, erfährt jedoch mit ihren verschiedenen Unterscheidungen eingehende Schilderung in mehreren Kapiteln. Die syphilitischen Erkrankungen des Pankreas, der Milz, der Leber, der Nieren, des Bauchfells, des Herzens und der Blutgefäfse, des Kehlkopfs und der Luftröhre sind in je eigenen Kapiteln beschrieben. Die Syphilis der Lunge ist zwar viel seltener als die tuberkulöse Phthise, kommt aber sicher vor und als Hauptcharakteristikum derselben sei hier nur kurz angeführt, dafs man bei ihr viel häufiger in der Mitte der Lunge als an der Spitze, zumeist rückwärts, mehr oder minder ausgedehnte Dämpfung, Bronchialatmen und Rasseln findet.

Die allgemeine Pathologie der Nervensyphilis ist von Dr. M. Kahané verfafst und mit einer Reihe instruktiver Zeichnungen versehen; wie allgemein in neuester Zeit die Autoren, so vertritt auch K. den Standpunkt, dafs frühzeitige anatomische Erkrankungen des Nervensystems bei Syphilis aufserordentlich häufig zur Beobachtung gelangen (Syphilis praecox des Nervensystems). Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks und der peripheren Nerven sind in grofsen Zügen geschildert, des Zusammenhangs zwischen Syphilis und Tabes, Syphilis und progressiver Paralyse, Syphilis und Diabetes gedacht. — Die syphilitischen Augenkrankheiten sind von Dozent Dr. S. Klein in kurzem Umrifs und nach jedem einzelnen Teile des Auges beschrieben. Die syphilitischen Erkrankungen des inneren Abschnitts des weiblichen Genitale, die im allgemeinen noch wenig bekannt sind, erfahren eine, besonders histologisch sehr wertvolle Beschreibung. Es folgen sodann als weitere Kapitel die Erkrankungen der Knochen und des Periostes, der Gelenke, der Muskeln und ihrer Anhänge, der Sehnen, Sehnenscheiden und Schleimbeutel. Die syphilitischen Erkrankungen der Brustdrüse, Speicheldrüse, Schilddrüse, des Gehörorgans sind ebenfalls nicht vergessen, so dafs, wie schon hervorgehoben, jedes Körperorgan die entsprechende Würdigung auf dem grofsen Gebiete der Syphilis gefunden hat. Die beiden letzten Kapitel betreffen die hereditäre Syphilis und die Therapie der Syphilis. Nach einer kurzen historischen Einleitung über erstere wird hervorgehoben, dafs der Syphilis ohne Analogie unter sämtlichen infektiösen Krankheiten, die Lepra vielleicht ausgenommen, die germinative Übertragung von der Ascendenz auf die Descendenz eigentümlich ist. Sowohl die männliche als die weibliche Keimzelle können als Träger des Syphilisvirus fungieren (bilateral) oder die Übertragung kann von dem Vater oder der Mutter allein (unilateral) erfolgen; ein weiterer unbestreitbarer Weg ist der postkonzeptio-

nelle durch den Placentarkreislauf. Das Colles'sche Gesetz — Mütter können von ihrem hereditär syphilitischen Kinde nicht infiziert werden — erweitert N. mit Caspary dahin, dafs solche Mütter nicht nur gegen die Syphilis ihres eigenen Kindes immun sind, sondern überhaupt gegen die syphilitische Kontaktinfektion immun erscheinen. Vom Standpunkt der gegenwärtigen Immunitätstheorie wäre das Colles'sche Gesetz dahin zu erklären, dafs durch gewisse, vom fötalen auf den mütterlichen Organismus übergehende Antitoxine dieser gegen die Syphilis immunisiert werde. Bei dem Kapitel über die Therapie der Syphilis sind all die Methoden beschrieben, wie sie heutzutage üblich, von der Welander'schen Behandlungsart (alle zwei Tage Bestreichen der Körperoberfläche mit 6 g Unguent. Hydrarg. und dann Leinentuch darüber) sah N. gute Erfolge, die Vorteile und Nachteile der verschiedenen Injektionsbehandlungen werden erwogen. Die Jodtherapie mit den für Jodkalium gegebenen Ersatzmitteln (Jodlithium, -Natrium, -Rubidium, Jodalbacid) wird besprochen, N. wendet mit Vorliebe und grofsem Erfolg subcutane Injektionen von Jodoformöl (Jodoform 1,0, Ol. ricini 15,0 oder mit Äther u. s. w.) bei schmerzhaften Knochenprozessen, aber auch bei allen Formen und Stadien der Syphilis an. Die Serumtherapie der Syphilis läfst nach den bisherigen Erfahrungen noch keinerlei definitive Schlufsfolgerungen über ihren Wert zu. Relativ kurze Besprechung erfährt die örtliche Behandlung der syphilitischen Efflorescenzen. Bezüglich Dauer und Prinzip der Allgemeinbehandlung ist N. Anhänger der symptomatischen Methode und spricht sich gegen die intermittierende Methode besonders wegen des deprimierenden, oft schwere Neurasthenie erzeugenden Einflusses derselben aus. Auf weitere Einzelheiten des vortrefflichen Buches einzugehen, verbietet der Rahmen eines Referats. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Histologische Bemerkungen über die Epidermis, von Sorrentino. (*Giorn. internaz. d. scienze med.* 1899. No. 10.) Die Untersuchungen des Verfassers beziehen sich hauptsächlich auf die Lokalisation des Keratohyalins zu den verschiedenen Schichten der Epidermis. Danach beschränken sich die Keratohyalingranulationen nicht allein auf die Körnerschicht des Rete Malpighi, sondern sie kommen im unteren Teile des Stratum corneum vor (intermediäre Schicht und eigentliches Stratum lucidum), sowie auch im mittleren, ja sogar bis in die oberflächlicheren unter dem Stratum disjunctum von Ranvier. An einzelnen Stellen des unteren und mittleren Teiles des Stratum corneum sind diese Granulationen so regelmäfsig gruppiert, dafs man annehmen könnte, sie seien die Überreste einer alten Zelle, deren Protoplasma aufgelöst worden ist. Die Körnerschicht ist somit nicht jenes so scharf abgegrenzte Stratum, wie einige Forscher angegeben haben, sondern ihre Elemente verändern ihre Gestalt in dem Verhältnisse, als sie sich dem Stratum corneum nähern, worin noch immer eine nicht unbeträchtliche Zahl derselben zu finden ist, besonders in den unteren Abschnitten. Die grofse Anzahl der freien Keratohyalinkörner, die man im Stratum granulosum und den unteren Teilen der Hornschicht konstatiert, unterstützt die von Ranvier aufgestellte Hypothese, wonach die Körner nicht dem Protoplasma angehören, sondern von demselben einfach gebildet werden, wie die Stärkekörner von

den Pflanzenzellen. Bezüglich der Technik hat Verfasser die besten Resultate erzielt durch Fixation in Pikroschwefelsäure und nachherige Färbung mit Hämatoxylin von Bizzozero und von Ranvier. Die Pikroschwefelsäure hat die Eigenschaft, die histologischen Elemente leicht zum Schwellen zu bringen, wodurch die Granulationen sehr deutlich sichtbar werden. *C. Müller-Genf.*

Über einige blutführende Gefäfse der Haut bei Hyla viridis, von Ficalbi. (*Lo Sperimentale.* 1899. Heft 1.) Verfasser hat die Bauchhaut dieses Amphibiums histologisch untersucht und konstatiert, dafs dieselbe sehr reich an Gefäfsen ist, welche in ein unteres oder tiefes und ein oberflächliches Netz zerfallen; das letztere entspringt aus dem ersteren. Das oberflächliche Netz zeigt voneinander unabhängige tuberkuläre und untereinander verflochtene intertuberkuläre Bezirke. Die ersteren bilden eben so viele Cirkulationsfelder, mit meist einer centralen kleinen Arterie, die von der Tiefe heraufkommt. Die Gefäfse dieses oberflächlichen Netzes stehen in Beziehung zur Epidermis, indem sie sich in mehr oder weniger tiefe Einsenkungen derselben einnisten, dabei aber stets in Verbindung bleiben mit dem Bindegewebe der Cutis, das den meist sehr dünnen Stiel zu diesen Einsenkungen liefert. Diese Gefäfse sind demnach nur scheinbar epithelial und gehören in Wirklichkeit zur Cutis. Maurer hatte nämlich eine epidermale Vaskularisation bei den Amphibien (die Hyla inbegriffen) angenommen. *C. Müller-Genf.*

Zur Kenntnis der Hautdrüsen der Apidae und Vespidae, von Koschevnikov. (*Anat. Ans.* 1899. No. 24.) Der Verfasser hat bei den Honigbienen, Hummeln und Wespen zwei neue Arten von Drüsen gefunden: 1. Drüsen, die in unmittelbarer Beziehung zum distalen Ende des weiblichen Genitalapparates stehen; 2. Drüsen, die mit dem Chitin des fünften und sechsten Sterniten und des siebenten Tergits in Verbindung stehen. — Die erstere liegt bei der Honigbiene zwischen der Quadratplatte des Stachels und der Seitenplatte des siebenten Tergits und mündet in das Lumen der Vagina. Von dieser Drüse der Honigbiene unterscheidet sich die entsprechende Drüse bei Bombus und Vespa sowohl in topographischer Hinsicht wie in den Details des Baues; sie hat bei diesen eine einfachere Struktur. Die neue Drüse ist daher eine Bestätigung dafür, dafs die Biene gleichsam eine höhere Entwickelungsstufe einnimmt als andere Aculeaten. Über die Funktion der neuen Drüse kann der Verfasser etwas Bestimmtes nicht angeben; vielleicht ist sie die längst gesuchte Schmierdrüse. — Bei der Untersuchung von Vespa crabro fand der Verfasser am sechsten und fünften Sternit und am siebenten Tergit paarige, in den Seitenteilen der Chitinplatten gelegene Hautdrüsen. Die Drüsen des sechsten Sterniten sind am gröfsten, die des siebenten Tergits am kleinsten. Sie liegen wie die Wachsdrüsen der Bienen im vorderen Abschnitte der Sternite, haben aber natürlich vom vergleichend-anatomischen Standpunkte aus mit diesen nichts gemein. *Götz-München.*

Mikroskopische Technik.

Über Holzessigfarben, von E. Burchardt. (*Arch. f. mikrosk. Anat.* 1898. Bd. 53.) Die Schwierigkeiten für die Färbung mit den bekannten Hämatoxylin- und Karminfarben, wie man sie an Präparaten findet, die mit starken Chromsäurelösungen behandelt wurden, haben den Verfasser veranlafst, eine neue Färbung zu suchen, welche er in den Holzessigfarben entdeckte. Verfasser glaubt, dafs diese Farben in die mikroskopische Färbetechnik, besonders insoweit sie eine Stückfärbung sein soll, die

erwünschte, bis jetzt zweifellos nicht vorhandene Sicherheit bringen. Er hat ein Holzessig-Hämatoxylin (gereinigten Holzessig 130,0, Kalialaun 2,0, Hämatoxylin 0,5), verschiedene Holzessig-Karmine und Holzessig-Cochenille dargestellt. Vorzüge dieser neuen Methode sind die aufserordentliche Breite der Färbungsdauer und die Sicherheit dieser Verfahren zusammen mit guter Konservierung selbst der zartesten Gewebe und endlich ihre Universalität. Nur bei Präparaten, die nach der Härtung in Bichromatlösungen nicht oder ungenügend ausgewaschen sind, versagen diese Holzessigfarben.

I. Bloch-Berlin.

Bakteriologie.

Über eine neue Methode der Differentialfärbung der Mikroorganismen der menschlichen und Vögeltuberkulose, Lepra und Smegma, von Marzinowsky. (*Centralbl. f. Bakt.* XXV. No. 21 u. 22.) Verfasser giebt eine Methode an, durch die man Tuberkelbacillen, Lepra- und Smegmabacillen soll genau unterscheiden können, was bisher nicht leicht war. Er wendet folgendes Färbeverfahren an, das er schon für die Färbung schwer sich färbender Bakterien vorgeschlagen: zuerst 5 Minuten in Karbolfuchsinlösung (2 Teile Wasser zu 1 Teil Fuchsinlösung); gründliches Abspülen, dann in Loefflers Methylenblau. — Auf diese Weise läfst sich der Bacillus tuberculosis hominis gar nicht färben, der Bacillus tuberculosis avium ziemlich leicht (6—8 Minuten in Fuchsin, 5 Minuten in Methylenblau); der letztere wird rot, andere Bakterien und Zellkerne färben sieh blau. Alkohol entfärbt die Bacillen nicht; durch längeren Aufenthalt in Methylenblau werden sie bleicher, mehr rosig. Der Leprabacillus wird leicht gefärbt (2—3 Minuten in Fuchsin und 1½—2 Minuten in Methylenblau); man sieht rote, körnige Stäbchen. Alkohol und längere Einwirkung von Methylenblau (10 Minuten) entfärbt sie wieder. Der Bacillus smegmae wird auch rot (4—5 Minuten Fuchsin und 2—3 Minuten in Methylenblau); wirkt aber Methylenblau längere Zeit (10—15 Minuten) ein, dann wird der Smegmabacillus violett und endlich blau. — Die Differenzen sollen eine Abgrenzung der in Rede stehenden Bakterien leicht machen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das nicht seltene Vorkommen von Frischschen Bacillen in der Nasenschleimhaut des Menschen und der Tiere, von De Simoni. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 25. No. 18/19.) Die Frage, ob das Rhinosklerom ansteckend ist und ob die Frischschen Bacillen als die spezifischen Erreger dieser Krankheit anzusehen sind, war bis jetzt noch nicht mit Sicherheit entschieden. Die von verschiedenen Autoren angestellten Impfversuche mit Frischschen Bacillen haben ein vollkommen negatives Resultat ergeben. Dazu kommt, dafs in der jüngsten Zeit die genannten Bacillen in dem Oberflächensekret der verschiedensten Affektionen der Nasenhöhle und des Rachens gefunden wurden, so vom Verfasser in mehreren Fällen von Ozaena und chronischer Rhinitis, aufserdem auch in der Nasenschleimhaut eines Kaninchens und eines Hundes. Demzufolge kommt diesen Bacillen eine spezifische Bedeutung für die Ätiologie des Rhinoskleroms nicht zu, sie scheinen sich vielmehr nicht selten auf der gesunden wie auf der kranken Nasenschleimhaut aufzuhalten, ohne pathogen zu wirken. Der Verfasser hat häufig in der Nasenschleimhaut des Menschen bei leichten Verletzungen und einfachen Entzündungen Kapselbacillen gefunden; er glaubt, dafs diese, sowie die Frischschen Bacillen und die Friedländerschen Pneumobacillen Varietäten einer einzigen Art darstellen, als deren Hauptvertreter die Pneumobacillen anzusehen sind. Möglicherweise handelt es sich bei den Frischschen Bacillen um

modifizierte Friedländersche Bacillen, die infolge ihrer Ansiedelung auf der Nasenschleimhaut, bezw. der hier gegebenen besonderen Bedingungen ihre morphologischen und kulturellen Eigenschaften verändert haben. *Götz-München.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur Protargolbehandlung der Urethritis blennorrhagica, von F. Brandl. (*Klin.-ther. Wochenschr.* 1899. No. 22.) Bei Urethritis blennorrh. ant. acuta schwanden Ausfluſs und Kokken in 3—4 Wochen (1/2%ige Lösung), bei Urethritis blennorrh. ant. chronica meist in derselben Zeit (1/2—2%ige Lösungen). Bei Urethritis blennorrh. post. chronica (5—10%ige Lösungen mittelst Guyonscher Spritze) Heilung nach drei- bis sechswöchentlicher Behandlung. Hervorgehoben wird noch die Möglichkeit der Anwendung konzentrierterer Lösungen bei empfindlichen Individuen.
A. Strauſs-Barmen.

Zur Protargoltherapie, von A. Lesshaft-Görlitz. (*Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges.* Jahrg. II, No. 11.) Verfasser kommt gegenüber dem Argentum nitricum zu folgenden Schlüssen: 1. Bei Ophthalmo-Blennorrhoe besitzt Protargol mindestens ebenso sicheren spezifischen Einfluſs auf Gonokokken bei gröſserer Tiefenwirkung und Freisein von jeder Ätzwirkung. 2. Völlig ungefährlich kann es in stärkerer Konzentration, auch von Laien zur Prophylaxe, angewandt werden. 3. Die Kuren sind bei seiner Anwendung kürzer. 4. Die Schmerzhaftigkeit ist geringer. 5. Schwellung und Sekretion lassen schneller nach. 6. Die Behandlung ist einfacher, da die Patienten nicht so häufig kommen müssen. *A. Strauſs-Barmen.*

Das Protargol bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe, von Colombini. (*Atti d. R. Accad. dei Fisiocritici,* 1898.) Verfasser findet im Protargol ein vorzügliches Antiblennorrhagicum, weil dasselbe absolut reizlos ist, in allen Stadien der Blennorrhoe, zumal in der akutesten Periode, angewendet werden kann, hochgradig antiseptisch wirkt, sehr rasch die Sekretion zum Abnehmen und zum Verschwinden bringt, eine tiefgreifende Wirkung auf die Gewebe ausübt, ohne dieselben zu zerstören, beim Kontakt mit den Flüssigkeiten des Organismus unverändert bleibt und in Anbetracht seiner raschen Wirkung das Auftreten von Komplikationen verhindert. Es wird in wässerigen, 1/4—1%igen Lösungen zu Injektionen verwendet. *C. Müller-Genf.*

Protargol und Argonin in der Behandlung der eiterigen Augenentzündung der Neugeborenen, von Peck. (*Med. News,* 21. Jan. 1899.) Der Verfasser giebt in der Behandlung der Blennorrhoe der Neugeborenen dem Protargol wegen seiner stärkeren keimtötenden Wirkung den Vorzug vor Argonin und Argentum nitricum. Mehrmals täglich wiederholte Einträufelungen von 5—10%iger Protargollösung in Verbindung mit Applikation von Eis und Spülungen der erkrankten Augen mit Borsäurelösung bewirken nach den Erfahrungen des Verfassers rasches Verschwinden der Gonokokken und baldiges Aufhören der Sekretion und der entzündlichen Erscheinungen; Komplikationen von Seiten der Cornea sind selten. Die Resultate der Protargolbehandlung bei Blennorrhoe Erwachsener scheinen nach den mitgeteilten drei Fällen weniger befriedigend zu sein. *Götz-München.*

Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe, von Thomas. (*Internat. med. Magaz.* 1899. No. 5.) Verfasser giebt für den allgemeinen Praktiker einen Überblick über die Blennorrhoebehandlung: Innere Behandlung mit Alkalien, Extr. Hyoscyami, Salol, Sandelöl etc. Lokale Behandlung der Harnröhre hält er meist für überflüssig, Scheiden-

spülungen mit Kalium permang., Sublimat oder Adstringentien (Zink, Kupfer etc.). Örtliche Behandlung durch den Arzt, vor allem mit starken Argentumlösungen; die Cervix wird mit Jodtinktur oder Karbolsäure gepinselt, die Bartholinische Drüse, wenn entzündet, ausgekratzt oder exstirpiert. *F. Hahn-Bremen.*

Verschiedenes.

Kasuistische Mitteilungen aus der k. k. Krankenanstalt „Rudolfstiftung", von Josef Mader. (*Wien. med. Blätter.* 1899. No. 28.) Für die Leser dieser Monatshefte ist von Interesse ein Fall von malignem Morbus Werlhofii. Eine 32 Jahre alte Frau ging unter Fieber, Blutungen in die Haut aus Schleimhäuten und in edle Organe in zwei Wochen zu Grunde, nachdem sie schon Monate sehr blafs ausgesehen und sehr matt gewesen. Bemerkenswert ist eine hochgradige Leukocytose. Aus dem Leichenblute gingen Streptokokken auf, sodafs für den Endverlauf eine septikämische Infektion angenommen werden kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Im Ärztlichen Verein München (*Münch. med. Wochenschr.* 1899, No. 26) demonstriert von Stubenrauch einen **grofsen Defekt des rechten Oberarms durch Hautüberpflanzung geheilt.** Die Verletzung war durch die Kammräder einer Maschine erfolgt und nahm die Innenseite des Oberarmes fast in seiner ganzen Länge ein. Nachdem sich zunächst alles Jauchige abgestofsen hatte und die Wunde rein erschien, wurden in Narkose die Granulationen abgekratzt, die Blutung gestillt, und dann wurden 64 mit dem Rasiermesser geschnittene Läppchen aufgelegt, die sämtlich anheilten. Heilung ohne Narbenkontraktur. *F. Hahn-Bremen.*

Plica polonica, von v. Düring (E. Schwimmer). (*Eulenburgs Realencyklopädie* Bd. XIX.) Unter dieser Bezeichnung, auch Weichsel- oder Wichtelzopf, Trichoma oder Lues sarmatica, fafst man die enormen Verfilzungen des Kopfhaares zusammen, wie sie früher in Polen und Rufsland endemisch vorkamen. 1817 trat Gase als erster der allgemein verbreiteten Ansicht entgegen, dafs man es dabei mit einer Dyskrasie, einer Abart der Lues, Lepra oder Gicht zu thun habe. Die Plica tritt dann auf, wenn örtliche Kopfleiden wie Ekzem, Lues, Impetigo die Reinigung des Kopfes und die Toilette des Haares erschweren oder unmöglich machen. Verfasser berichtet zwei Fälle von Plica polonica, die spontan abfielen, bei kachektischen Frauen. Ein dritter gleicher Fall hatte Atrophie der Kopfhaut samt dauerndem Haarverlust zur Folge. Mit dem Fortschreiten der Kultur ist auch das Symptomenbild des Weichselzopfes zur Seltenheit geworden. *Hopf-Dresden.*

Die Stellung der Ärzte zur Verhinderung der Konzeption, von Böing. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 21—24.) In scharfer und teilweise recht satirischer Weise geht Verfasser mit den Schriften Birnbaums, Leplers, Mensingas ins Gericht und verwirft absolut den neumalthusianistischen Standpunkt, der sich meist in diesen vertreten findet; allerdings giebt er zu, dafs Fälle vorkommen können, die dem Arzte die Sache vor seinem Gewissen schwer machen; aber auch da steht ihm die Ethik höher, und läfst ihn „durch scheinbare Härte gegen das Individuum die Gesellschaft vor sittlicher Fäulnis schützen." *F. Hahn-Bremen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 9. 1. November 1899.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über Haarfärbemittel.

Von

Dr. J. Broers-Amsterdam.

Es ist meine Absicht im folgenden das Resultat einer Untersuchung über die Einwirkung verschiedener Färbemittel, speziell metallischer, auf die Haare mitzuteilen. Ich will aber gleich im Anfang darauf hinweisen, dafs die Untersuchung keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen kann, da sie sich auf die Metalle Silber, Eisen, Kupfer und Nickel allein oder in Vereinigung mit Pyrogallol oder Pyraloxin beschränkt. Quecksilber und Blei habe ich mit Absicht nicht geprüft, weil diese Metalle nicht unschuldig genug im Gebrauche sind und die anderen gebräuchlichen Mittel wie Wismut, Kalium permanganicum, Nufsextrakt und Henna beabsichtige ich in einer folgenden Untersuchung zu bearbeiten, weil mich das jetzt zu weit führen würde und ich meine, dafs die Resultate dieser ersten Untersuchung schon genügen um einige Schlüsse über die Haarfärbung im allgemeinen machen zu können.

Ich habe meine Versuche angestellt an weifsen Haaren von Kaninchen, Meerschweinchen und Menschen, zuerst lose, später zu Büscheln zusammengebunden.

Der Unterschied in der Färbung zwischen den verschiedenen Haarsorten war nicht grofs, jedenfalls nicht genügend, um daraus einen Schlufs auf die verschiedene chemische Natur der betreffenden Haare zu ziehen. Merkwürdig war es, dafs unter den Haaren einer und derselben Art ein ziemlich grofser Unterschied in der Färbung nach der Behandlung mit dem einen oder anderen Färbemittel vorhanden war, was am deutlichsten sich bei der mikroskopischen Betrachtung der Quer- und Längsschnitte der Haare zeigte. Ein solcher Unterschied war immer da, einerlei welche Metallsalze bei der Färbung benutzt wurden und ebensowohl bei den Menschenhaaren wie bei den Tierhaaren. Trotz eingehender Untersuchung gelang es mir nicht, die Ursache dieses abweichenden Verhaltens zu entdecken. Weder die Form, noch die Dicke, weder die Gröfse, noch das

gegenseitige Verhältnis der verschiedenen Haarteile hatten einen konstanten Einfluſs. Ich sah Haare mit einer dicken Cuticula sogar bisweilen mehr gefärbt als andere mit einer dünnen. Ich suchte die Ursache noch in einer Verschiedenheit der chemischen Reaktion und einem dadurch entstehenden verschiedenen Verhältnis gegenüber dem benuzten Haarfärbemittel. Aber auch wenn ich diesen Unterschied aufgehoben hatte dadurch daſs ich die Haare vorher 24 Stunden in eine ammoniakalische Lösung brachte, blieben die individuellen Unterschiede zwischen den einzelnen Haaren dieselben. Das einzig Mögliche wäre noch eine Differenz in der physikalischen Beschaffenheit, z. B. der Härte, obschon das vorherige Liegen der Haare während 24 Stunden in der Ammoniaklösung auch diesen Unterschied wohl ausgeglichen haben würde. Wir haben es also nicht in der Macht den Grad der Färbung zu bestimmen.

Die mikroskopischen Verschiedenheiten fallen aber makroskopisch nicht auf; während die einzelnen Haare nicht alle gleichmäſsig gefärbt sind, sieht ein Büschel Haare mit demselben Farbstoffe behandelt ganz gleichmäſsig gefärbt aus, sodaſs vom praktischen Standpunkte dieser Umstand nicht in Betracht kommt.

Es kommt natürlich darauf an, welche Farbe man zu bekommen wünscht, wenn man mit dem erreichten Erfolge zufrieden sein soll; zieht man ein schönes dunkelschwarz vor, dann ist die Behandlung mit Argentum nitricum-Lösung (z. B. 10%) und nachfolgender Reduktion mit spirituöser Pyrogallollösung (z. B. 5%) unter Einfluſs eines Alkali (in casu Salmiakgeist) sehr empfehlenswert. Die Behandlung der Haare mit $AgNO_3$ und Schwefelammonium macht sie grünlichschwarz, nicht so schön wie die erstgenannte und in praxi wird der Geruch des Schwefelammoniums wohl immer die Anwendung ausschlieſsen. Haare, gefärbt mit $AgNO_3$ allein ohne nachfolgende Behandlung mit Pyrogallol sind von rotbrauner Farbe, also praktisch nicht sehr geeignet; Haare, behandelt mit Pyrogallol, unter gleichzeitiger Einwirkung von Alkalien, in der Absicht das Pyrogallol unter ihrem Einflusse zu einem braunen Stoffe zu oxydieren, gaben ein befriedigendes Resultat.

Es ist unbedingt notwendig bei der Behandlung mit $AgNO_3$ die Haare vorher einige Zeit in ammoniakalische Lösung zu bringen, weil sonst eine sehr unregelmäſsige Färbung entsteht, mehr ein Niederschlag als eine Färbung. Das zeigte die mikroskopische Untersuchung, welche auch lehrte, daſs bei der Färbung sowohl $AgNO_3$ wie auch Pyrogallol in die Haarsubstanz eindringen. Bei Anwendung von $AgNO_3$ entsteht Silberalbuminat. Präparate, die einige Zeit aufbewahrt gewesen waren, zeigten eine Zersetzung des Silberalbuminats und Entstehung von metallischem oder oxydiertem Silber; dann ist also die Färbung nicht so rein mehr und es kommt ein Niederschlag dazu.

In der Meinung, dafs bei günstigem Effekt Eisen den Vorzug über Silber aus verschiedenen Gründen verdienen würde, versuchte ich Haare zu färben mit Eisenchlorid (Liquor ferri sesquichlorati) und Pyrogallol; das Resultat war aber nicht günstig; sie wurden nicht gleichmäfsig gefärbt: bei einigen die Cuticula stark, bei anderen die Rinde, keine aber waren gut gefärbt, sie wurden nur leicht braun. Ebensowenig Erfolg hatten die Versuche mit durch Schwefelpomade oder unterschwefligsaurem Natrium reduzierten $FeCl_3$. Ich versuchte auch noch Eisenalaun mit Schwefelammonium; die erzielte schwarze Farbe war aber nicht hübsch und nicht dauerhaft; sie änderte sich sofort in eine leichtblonde Farbe als die Haare in Ammoniaklösung gebracht wurden.

Ausgehend von dem Gedanken, dafs Pyraloxin als oxydiertes Pyrogallol durch die Oxydation seinen Phenolcharakter verloren hat und deswegen viel unschuldiger ist als Pyrogallol, weil es nicht wie dieses sich mit organischen Stoffen verbindet und also nicht die Haare angreifen wird, machte ich noch einen Versuch und färbte ein Bündel Menschenhaare in einer gesättigten alkalischen Lösung von Pyraloxin allein und einen zweiten mit $AgNO_3$ und Pyraloxin; das erste Bündel wurde erst gelbschwarz aber nach einiger Zeit dunkelrotbraun; das zweite zeigte einen nicht nennenswerten Unterschied von dem ersten; die Färbung war schöner als mit Pyrogallol, welches die Haare sehr hellblond färbte.

Versuche, gemacht mit Sol. cupri nitrat. (1 : 10) und mit Sol. nicol. amm. sulf. (1 : 10), beide kombiniert mit Schwefelammonium hatten gar keinen Erfolg.

Für eine Schwarzfärbung der Haare giebt also von den von mir untersuchten Mitteln $AgNO_3$ mit Pyrogallol unter Einfluſs von Ammoniak die beste schwarze Farbe. Für dunkelblond ist die Färbung mit Pyraloxin empfehlenswert, für hellblond jene mit Pyrogallol allein. $AgNO_3$ allein giebt nicht sofort sondern erst nach einiger Zeit den Haaren eine rotbraune Farbe, die sich nur selten verwerten lassen wird.

Zum Schlusse machte ich noch ein paar Entfärbungsversuche, wobei ich fand, dafs eine Behandlung mit Tinctura Jodi und Ammoniaklösung die mit $AgNO_3$ und Pyrogallol schwarz gefärbten Haare nicht ganz entfärbt, sondern sie rotbraun verfärbt; die rotbraun mit $AgNO_3$ allein gefärbten Haare werden durch dieselbe Behandlung hellblond gemacht, eine weitere Einwirkung von unterschwefligsaurem Natrium in Lösung hatte keinen Effekt. Die mit Pyrogallol behandelten Haare wurden nicht sofort aber nach einiger Zeit sowohl durch eine 1%ige Oxalsäurelösung wie durch die Sol. calcii bisulfusori entfärbt.

Histologische Mitteilung über einen Fall von Osteosklerosis syphilitica des Stirnbeins.

Von

Prof. P. Colombini,
Direktor der dermosyphilopathischen Klinik zu Sassa.

Der 29jährige Landmann C. A. von Masse di Siena wurde zum ersten Male am 23. März 1897 wegen eines ulcerösen, pustulösen, rupiaförmigen, über den ganzen Körper ausgebreiteten Syphilids in die Klinik aufgenommen.

Diese äufserst schwere Erscheinung eines Spätsyphilids begann in der Regel in Gestalt einer grofsen Blase mit serös-eitrigem Inhalte. Im weiteren Verlaufe bildete sich dann an dieser Stelle eine schwärzliche Kruste, die vom Centrum ausgehend, an Dicke stets zunahm und endlich eine verhältnismäfsig bedeutende Erhabenheit bildete. Die durch Ruptur der Blase entstandene Ulceration war scharf begrenzt und die ganze Dicke der Cutis umfassend; der Grund des Geschwürs war bald graulich, bald dunkelbraun und von schmutzigem, gangränösem Aussehen. Es verbreitete einen ekligen Geruch, verursachte dem Patienten Schmerzen und Brennen und verhinderte ihn des Nachts am Schlafen. Der Zerfall der Gewebe schritt unter der Kruste weiter und war von einer reichlichen Sekretion von Eiter begleitet, der sich unter der Kruste ansammelte. Bei Druck auf diese letztere quoll der Eiter von der Tiefe zwischen den Geschwürsrändern hervor.

Es zeigte sich absolut keine Neigung dieser Geschwüre zur Heilung. Alle waren ziemlich grofs, vom Durchmesser eines Zehn-Centesimi- oder eines Fünf-Lirestückes. Bei ihrer aufserordentlich grofsen Anzahl kam es an vielen Stellen zur Konfluenz der einzelnen Ulcerationen, zu weiten geschwürigen Flächen.

Wie bereits bemerkt, war die Eruption über den ganzen Körper in gleicher Weise ausgebreitet, ohne dafs die eine oder andere Stelle der Körperoberfläche irgendwie besonders bevorzugt war. Auf den Oberschenkeln und am Rumpfe waren durch Konfluenz einzelner Geschwüre die gröfsten Geschwürsflächen entstanden.

In schwerer Weise befallen waren ferner die Nägel und die umgebenden Partien; die Nägel waren abgehoben, die Matrix bloſsgelegt und in eine ulcerierte Fläche verwandelt. Auf der rechten Seite des Zungenrückens und am linken Zungenrande waren drei ziemlich grofse Tumoren

zu sehen, von denen zwei von harter Konsistenz, der andere dagegen erweicht war; hier war die Schleimhaut zerstört und ein tiefes Geschwür mit scharfen Rändern entstanden, dessen Peripherie stark infiltriert, von fester Konsistenz und dunkelroter Farbe war. Die Zunge war stark verdickt, an ihren Rändern waren Zahneindrücke zu sehen und die Funktion des Organs beträchtlich gehindert.

Der Allgemeinzustand des Patienten war aufserordentlich schlecht. Er war stark abgemagert und unfähig zu gehen infolge der Kräfteabnahme. Die Temperatur erreichte abends 38,5—38,7 und selbst 39,2° C.

Der Beginn der Affektion liefs sich auf das 20. Altersjahr zurückführen, wo er sich an einer öffentlichen Dirne infizierte. Die erste Erscheinung der spezifischen Infektion zeigte sich im Sulcus balano-praeputialis, von wo aus sich das Initialsyphilom auf die Glans und auf das innere Präputialblatt ausdehnte. Mit Hartnäckigkeit trotzte es allen angewandten Heilmitteln. Als er sich dann endlich entschlofs, einen Arzt zu beraten, hatte sich bereits auf der Haut des Abdomens und der Brust ein maculo-papulöses Exanthem entwickelt. Die sofort eingeleitete Behandlung war eine lokale und eine innerliche, bestehend in der Darreichung von Pillen. Als sich rasch eine bedeutende Besserung einstellte, hielt es der Patient für überflüssig mit der Behandlung fortzufahren. Es verging eine geraume Zeit bis zum vollständigen Verschwinden des Syphiloderma.

Im Verlaufe der letzten neun Jahre haben sich dann nur noch ab und zu ganz leichte Eruptionen, besonders am Scrotum und in den Zwischenzehenfalten in Form von kleinen Papeln gezeigt, die der Patient selbst behandelte.

Patient war kein Raucher, dagegen ergab er sich nicht selten dem Genusse alkoholischer Getränke. An irgend welcher anderen Krankheit hatte er zuvor nie gelitten. Auch nach seiner luetischen Infektion haben sich keine komplizierenden Affektionen eingestellt und hat er niemals über Kopfschmerzen zu klagen gehabt.

Gleich nach seiner Aufnahme in die Klinik wurde er einer allgemeinen tonischen Behandlung und der kombinierten Jod-Quecksilberkur unterworfen. Die Krusten suchten wir durch Umschläge, antiseptische Salben und Bäder zu entfernen; die Ulcerationen behandelten wir mit antiseptischen Pulvern und Salben, Vigopflaster etc. Der Erfolg war aber ein geringer. Trotz der nur sehr leichten Besserung wünschte der Patient nach Hause zurückzukehren und erhielt am 17. April, d. h. 25 Tage nach der Aufnahme, seinen Austritt. Rasch trat wieder eine Verschlimmerung ein, der Kräftezerfall nahm erschreckend zu und am 17. Mai, d. h. einen Monat später, wurde er zum zweiten Male in die Klinik aufgenommen, wo er am 27. Juni 1897 an syphilitischer Kachexie starb, nachdem er an an-

dauernder Schlaflosigkeit, heftigen Kopfschmerzen, absolutem Appetitmangel und incoerciblen Diarrhoen gelitten hatte. Das Fieber war zuerst intermittierend, dann kontinuierlich gewesen.

Bei der Autopsie konstatierte man venöse Hyperämie im Gehirne, Hypostase und Ödem der Lungen, leichte Enteritis und beginnende Atrophie der Leber.

Die wichtigsten Veränderungen aber beziehen sich, abgesehen von den ausgedehnten Ulcerationen der Haut, auf den Schädel.

Derselbe war ausgesprochen brachycephal und die Nähte gröfstenteils gut sichtbar. Von aufsen betrachtet bot das Stirnbein nichts besonderes dar; dagegen konstatierte man schon bei ganz oberflächlicher Betrachtung beträchtliche und tiefgreifende Veränderungen an der inneren Fläche. Hier war es nämlich stark verdickt und mafs unmittelbar über den Stirnhöhlen rechts 32 und links 35 mm. Diese Verdickung nahm nach der Peripherie zu stetig ab, betrug aber selbst am oberen Rande des Knochens noch das Doppelte der normalen Verhältnisse. Die Stirnhöhlen erschienen sehr erweitert und reichten über die ganze Länge des Orbitalgewölbes, das aus zwei wohl umschriebenen Knochenflächen bestand; seitlich reichten sie bis zu den äufseren Apophysen der Orbita. An der dicksten Stelle des Knochens sah man links und rechts je eine Vertiefung, von denen die rechtsseitige einen Durchmesser von ca. einem Franc-, die andere von einem Zweifrancsstück aufwies. Diese Vertiefungen waren von ziemlich regelmäfsiger Gestalt und auf ihrem Grunde safsen eine Anzahl kleiner, fest adhärierender, knöchener Erhabenheiten. Die beschriebene Verdickung des Stirnbeins bestand aus neugebildetem Knochen, der sich über die innere Fläche des Stirnbeins gelagert hatte.

Auf dem Durchschnitte liefs sich der normale Knochen von dem neugebildeten leicht unterscheiden, welch letzterer aus feinporösem, infolge des reichlichen Gehaltes an Gefäfsen blau aussehendem Gewebe bestand.

Auch im macerierten Knochen war dieser Unterschied zwischen dem normalen und dem neugebildeten Knochen deutlich erkennbar, infolge der bedeutenden Porosität des letzteren im Gegensatze zum ersteren, der eine vollständig kompakte Masse bildete.

Das Gewicht des vollständig macerierten und getrockneten Schädeldaches betrug 617 g.

Aus dem frischen Knochen habe ich eine Anzahl ganz kleiner, die ganze Dicke desselben umfassende Stückchen gesägt, während längerer Zeit in Flemmingscher Lösung liegen gelassen und sie schliefslich nach verschiedenen Verfahren entkalkt: die einen in Ebnerscher Lösung (Salzsäure 5,0, Alkohol 1000,0, Wasser 200,0, Kochsalz 5,0), ein anderes

Stück wurde mit Salpetersäure behandelt (3%ige Lösung in 70%igem Alkohol), ein weiteres Stück in Floroglucin (1,0 Florogl. in 10,0 allmählich erwärmter Salpetersäure von 1,4 Dichte und vorsichtigem Hinzufügen von 50,0 destillierten Wassers); die Entkalkung erfolgt nach diesem Verfahren in wenigen Stunden, die Stücke müssen aber während mehrerer Tage in fliefsendem Wasser ausgewaschen werden. Ein ferneres Knochenstückchen wurde endlich in einer anderen Floroglucinlösung entkalkt (Auflösung von 1,0 Florogl. in 100,0 Wasser und 10,0 Salzsäure; nach dem Erkalten Hinzufügen von 200,0 70%igen Alkohol). Die Stücke wurden sodann in zahlreiche Längs- und Querschnitte zerlegt und verschiedenen Färbemethoden unterworfen und schliefslich in Glycerin und Kanadabalsam aufbewahrt.

Bei einer ersten Untersuchung einer grofsen Reihe von Schnitten erschienen sowohl die Längs- als die Querschnitte des neugebildeten Knochens aus demselben Gewebe zusammengesetzt. Bei schwacher Vergröfserung läfst sich leicht nicht nur ein grofser Unterschied im Bau des neugebildeten und normalen Knochenlamellen erkennen, sondern die Richtung dieser Lamellen ist auch eine aufserordentlich ungleichmäfsige und die Gruppierung sehr unregelmäfsig. Einige von ihnen haben nämlich einen geschlängelten Verlauf, ohne bestimmte Richtung oder Lagerung; andere bilden in der Umgebung von grofsen Markräumen eigentümliche Figuren; noch andere umkreisen die Haversschen Kanäle, die ganz unregelmäfsig erscheinen; noch andere endlich zeigen mehr oder weniger vollständig eliptische Figuren, der Gestalt und Gröfse der Haversschen Kanäle entsprechend. In der nächsten Umgebung der Markräume sind diese Lamellen und Knochenkörperchen viel zahlreicher, dagegen weniger dicht gruppiert und undeutlicher als in einiger Entfernung von denselben.

Bei starker Vergröfserung erkennt man, dafs die Knochenlamellen zwar durchwegs die Farbstoffe aufgenommen haben, dafs dies aber nicht überall in gleichmäfsiger Weise geschehen ist, indem die den Markräumen zunächst gelegenen intensiver gefärbt sind als die mehr peripheren, die auch viel deutlicher erscheinen. In der unmittelbaren Umgebung dieser embryonalen Markräume haben die Knochenlamellen ganz verschwommene Umrisse und je mehr man sich peripheriewärts wendet um so deutlicher werden sie. In zahlreichen Präparaten läfst sich dementsprechend auch deutlich die Abstammung der Lamellen des neugebildeten Knochens aus den Zellen der Markräume erkennen. Die im Knochengewebe zerstreuten Markräume weisen die verschiedensten Gestalten auf: die einen sehen wie enge Spalten aus, andere dagegen haben eine mehr rundliche Form und sind ziemlich weit.

Dieselbe Unregelmäfsigkeit in der Form und Anordnung der Markräume finden wir auch in den Haversschen Kanälen. Im allgemeinen

sind sie ziemlich weit, ihre Grenzlinien sind aber nicht durchwegs scharfe. Die einen scheinen auf dem Längs-, die anderen auf dem Quer- oder Schiefschnitte getroffen; die einen liegen frei im Gesichtsfelde, die anderen anastomosieren in verschiedener Weise unter einander. Bei starker Vergrößerung konstatiert man, daß sowohl die Haversschen Kanäle als die Markräume mit embryonalem Marke angefüllt sind, das sich durch seine intensivere Färbung deutlich vom übrigen Gewebe abhebt und aus den verschiedensten Elementen zusammengesetzt ist. Mitten in einem aus äußerst dünnen Fibrillen bestehenden Bindegewebsnetze sieht man ganz feine in verschiedener Weise verlaufende Gefäße, Fetttropfen von verschiedener Größe und, die Hauptmasse bildend, zahlreiche Zellenformen, kleine und größere. Die letzteren sind die von Robin sogenannten Myeloplaxen.

Diese Veränderungen bilden das Produkt eines langen pathologischen Prozesses, das Resultat einer durch die syphilitische Infektion verursachten chronischen Osteitis. Die Exostose des Stirnbeins hat demnach stetig, aber in äußerst langsamer Weise an Umfang zugenommen, ohne bei dem Patienten merkbare funktionelle Störungen hervorzurufen und ohne selbst Kopfschmerzen zu verursachen, über welche sich Patient erst in den letzten Tagen seines Lebens beklagt hatte und welche sich sicher auf den äußerst traurigen Allgemeinzustand zurückführen ließen.

Es handelt sich also unzweifelhaft um einen Fall von Knochensyphilis, wie dies aus den Veränderungen an der inneren Fläche des Stirnbeins hervorgeht. Das Vorhandensein von zwei Einsenkungen mit Osteophyten und Knochensklerose in der Umgebung zeigte uns an, daß an dieser Stelle zu einer gewissen Zeit zwei gummöse Herde bestanden hatten, die später eine käsige Degeneration eingingen und resorbiert wurden, während sich in ihrer Umgebung eine reaktive Osteosklerose ausbildete. Die außerordentliche Verdickung des Knochens ist jedoch nicht ausschließlich der gummösen Osteitis zuzuschreiben, indem sich die aktive Osteosklerose auf die Umgebung der Herde beschränkte, welche auf diese Weise wie von einem Ringe osteophytischer Wucherungen umgeben erschienen. In unserem Falle handelt es sich auch um eine kondensierende Osteitis, um eine Osteosklerose, einer Form der Osteitis, die sich unter dem Einflusse des syphilitischen Virus bilden und entwickeln kann, ohne daß man sie in anatomischer Beziehung vom einfachen pathologischen Prozesse unterscheiden kann. In unserem Falle war die Knochenveränderung durch die Syphilis verursacht und bestand in einer Entzündung, die sich an einer Stelle entwickelt hatte, welche der Wirkung reizender Einflüsse besonders zugänglich ist. Der noch bestehenden Osteosklerose war eine gummöse Osteitis vorangegangen, weil man nicht allein circumscripte Hyperostosen,

gleichsam als narbige Überreste einer gummösen Entzündung konstatieren konnte, sondern aufserdem noch eine ausgebreitete Osteosklerose, analog den chronischen interstitiellen Proliferationen des Bindegewebes, die man bei Syphilitikern in einzelnen Organen, wie den Lungen, der Leber etc. antrifft (Birch-Hirschfeld).

Dieser Fall erschien mir besonders interessant wegen der Intensität des krankhaften Prozesses, der zu einer Verdickung des Knochens führte, wie man eine solche selten antrifft und dann auch wegen der auffallenden Anpassung des Gehirns an diese abnormen Verhältnisse. Dies gilt besonders für die oberen Abschnitte der Stirnwindungen, wo der neugebildete Knochen die höchste Dicke von 35 mm erreicht hatte, ohne dafs irgend welche funktionelle Störungen das Vorhandensein einer solchen abnorm starken Knochenwucherung verraten hätten.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Zum konträren Geschlechtsverkehr in Altägypten.

Von

Dr. Oefele-Bad Neuenahr.

Für die Dermatologie ist stets eine Beachtung der Formen des Geschlechtsverkehres nötig. Gar mancher Unterschied von Orient und Occident in heutigen Tagen ist darin begründet. Für die Geschichte der Dermatologie ist auch die Geschichte des Geschlechtsverkehres zu beachten, um so mehr als geschichtliche Charakterbilder mit Rücksicht auf das eventuelle Leserpublikum die heikelsten Fragen mit dem bekannten Mantel verschleiern. Die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten in den alten orientalischen Kulturstaaten wirft unter anderen die Frage auf, ob der Geschlechtsverkehr des alten Orient homosexuelle Excesse nur in der relativen Seltenheit oder, wollen wir lieber sagen, relativen Lichtscheue des heutigen Occident kennt oder schon in der öffentlichen Ungeniertheit und Allgemeinheit des modernen Orient.

Bei den alten Griechen huldigte sogar ein Alcibiades und Sokrates diesen Gewohnheiten. Die Bibel schreibt dieselbe den Sodomitern zu etc. Für die alten Ägypter kommt an bildlichen Darstellungen hierfür der obscöne Papyrus von Turin in Betracht. In 14 Stellungen wird uns darin das ganze Raffinement des geschlechtlichen Verkehrs zwischen Mann und Frau um 1300 vor Chr. dargestellt. Die Stellung der Tänzerin während des Coitus auf den Kopf, die Karrikatur des Wagenlenkers und

die des besiegten Feindes während dieses Aktes lassen die Deutung eines Coitus per anum zu. Doch stellt die Zeichnung in allen drei Situationen eine so starke Hochstellung des Beckens nach hinten dar, dafs ich den Vorgang für den Geschlechtsakt in den natürlichen Wegen bestiarum modo ansehe. Ein Verkehr mit Frauen per anum ist mir danach unwahrscheinlich. Aber auch die späteren Zeiten des Orient und auch Herodot kennen diesen Verkehr nur als Auswuchs des Auswuchses.

Der gebräuchliche Verkehr per anum war stets ein homosexueller und zwar älterer Individuen mit jüngeren. Und dieser Verkehr ist, wie wir sehen werden, in dieser Weise uralt und wird von den Ägyptern in die Zeiten ihrer Götterdynastien, also lange vor den Bau der Pyramiden verlegt.

Einer der von Flinders Petrie am Eingange zum Fajum ausgegrabenen Papyri trägt auf der Rückseite eine Verköstigungsrechnung vom 26. Paophi des 1. Jahres. Griffith macht wahrscheinlich, dafs dies Datum Amenemhat IV. betrifft. Dies ergäbe also das Jahr 1863/60 v. Chr. Die Vorderseite, welche um so viel älter sein dürfte, als das Manuskript Makulatur werden konnte mit verfügbarer Rückseite, trägt das medizinisch in mehr als einer Richtung interessante Fragment von Horus und Set. Ich schliefse mich in Lesung und Übersetzung enge an die Vorarbeit von Griffith an.

Nach unzusammenhängenden Bruchstücken, wo von „deiner Hand“ und „meiner Hand“, vom „Leib“ und ähnlichem die Rede ist, was an eine Beschwörungslegende medizinischen Charakters erinnern würde, beginnt der lückenhafte Text:

„Die Rede der Majestät Set war es an die Majestät Horus: Dreimal schön sind deine Glutaeen. Spreitze deine Beine [. . . .] Es sprach die Majestät Horus: Fort mit dir. Ich sage dies [meiner Mutter Isis. Als sie kamen] zu ihrem Schlosse, sprach Majestät Horus zu seiner Mutter Isis [. . . .] da kam Set, um mich zu coitieren. Sie sprach zu ihm: Bekämpft wird er werden durch das, was von ihm eindringt. Nachdem er dir dies ein zweites Mal gesagt hat, mufst du zu ihm sagen: Der erigierte [Penis] ist für meine Öffnung ähnlich, als ob etwas meine Öffnung blähte. Nicht ist symmetrisch der Unterkörper meinerseits und der Unterkörper deinerseits. Sage ihm das! Wenn er dir danach seinen Unterkörper eingesetzt (wörtlich: gegeben) hat, so sollst du befühlen mit deinen Fingern innerhalb deiner Hoden. Denn es giebt [. . . .] von ihm dies wie [. . . .]. Denn es ist ihm so wohl in seinem Herzen, dafs [. . . .] dieses Sperma, welches hervorgeht aus seinem Penis. Vermeide aber, dafs es die Sonne sieht. [. . . .] Horus! Wie es für dich kam, so [. . . .] auch mir [. . . .] ich that es, ich fand es.“

Ein Excurs sei hier gestattet. Kein Mensch wird hier glauben, dafs

Set und Horus hier Anus an Anus gelegt haben. Wenn wir aber hier zwingend für Set den Unterkörper als Penis auffassen müssen, so bin ich in meiner Mitteilung in No. 6 der *Monatsh. f. prakt. Derm.* berechtigt gewesen, diesen selben Körperteil auch als das Geschlechtsglied aufzufassen. Dann wurden also alle jene Tripperinjektionen, wenn noch philologische Bedenken bestanden haben sollten, auch nach diesem unzweifelhaften sprachlichen Belege in die einzig zweckmäfsige Urethralöffnung vorgenommen. Freilich wird vielleicht GRIFFITH und andere dieses Argument nicht gelten lassen wollen, indem sie an der sachlich doch so klaren Stelle statt Unterleib „Kräfte“ übersetzen.

Medikohistorisch ist hier nochmals das *γόνος Ἄρεως* als Medizinaldroge belegt. Es ist dies der hermetische Geheimname für einen Klee (ein Dreiblatt).

Sachlich mufs hier erwähnt werden, dafs später Set, der Mörder des Osiris, von Horus, dem Sohn des Osiris, besiegt wird. Horus verliert im Kampfe ein Auge, Set wird im Kampfe oder nach dem Kampfe kastriert. In unserem Texte liegt einstweilen eine Version vor, welche sich mit der übrigen Horussage nicht vereinigen läfst. Es scheint hier die Kastration des Set während des Coitus per anum vorgenommen zu werden und zwar während des Orgasmus, in welchem es Set nicht bemerkt. Vorbeugend für das Gefühl des Abkneifens, mufs Horus dem Set begreiflich machen, dafs der Anus des jungen Horus zu enge für den Penis des Set sei. Dann kann Set dieses Abkneifen eines Hodens für das Gefühl des Mifsverhältnisses der beiden beteiligten Körperteile halten. Aus diesem Sethoden bereitet dann Isis das Mittel, durch welches Set von Horus überwunden werden kann.

Hier handelt es sich, wie schon erwähnt, wahrscheinlich um eine Beschwörungslegende, welche von einem sich als Horus fühlenden Heilbeflissenen über jenen Klee, der den hermetischen Namen Sethoden führte, gesprochen wurde, um die natürlichen Kräfte des Krautes noch durch magische Kräfte zu erhöhen.

Abgesehen von alledem ergiebt dieses Fragment eine Verbreitung der Päderastie vor vierthalbtausend Jahren im alten Ägypten, sodafs dieselbe sogar den Göttern in ihrem gegenseitigen Verkehre zugeschrieben und als uralter Gebrauch betrachtet werden konnte.

Wenn aufserdem in den wenigen erhaltenen Märchen zwei, nämlich Papyrus Westcar und Papyrus d'Orbiney, von der Frau veranlafste oder wenigstens gewünschte Ehebruchsscenen vorkommen, so waren die sittlichen Verhältnisse in Altägypten derartige, dafs die Geschlechtskrankheiten sich stark verbreiten konnten und dafs der Umfang des Tripperabschnittes im Papyrus Brugsch nicht Wunder nehmen kann.

Aus der Praxis.

Die Verwendung von Eigelbemulsionen zu Wischwässern.

Von

P. G. Unna.

In einem Artikel über Unguentum domesticum habe ich bereits mitgeteilt, dafs die Öl-Eigelbmischung, welche die Grundlage der unguenta domestica bildet, ad libitum mit Wasser mischbar sei, ohne den Charakter einer guten Emulsion zu verlieren. Dieser Umstand führte mich natürlich darauf, Eigelbemulsionen an Stelle der früher gebrauchten Gummiemulsionen in Verwendung zu ziehen, und ich bin in der Lage, nach einjährigem Gebrauche solcher Wischwässer dieselben den Fachgenossen als sehr brauchbar empfehlen zu können.

Die Stärke dieser Emulsionen liegt natürlich in der hohen emulgierenden Kraft des Eigelbs, ihre Schwäche in der vielseitigen Empfindlichkeit der letzteren gegen weitere Zusätze; doch nimmt dieselbe wegen der starken Verdünnung mit Wasser etwas andere Formen an als im Unguentum domesticum. So ist, um das Wichtigste vorauszunehmen, Zinkoxyd in den geringen gebräuchlichen Quantitäten von 2—5% mit der Eigelbemulsion wohl verträglich. Ebenso Magnesia carbonica, Talcum und Schwefel in gleichen Mengen, d. h. fast alle hauptsächlich in Betracht kommenden Pulverzusätze. Von den Wismutpräparaten ist das Subnitrat ausgeschlossen, das Oxychlorid dagegen glücklicherweise verwendbar, obwohl es nach längerem Stehen einen graulichen Anflug (Schwefelwismut?) zeigt.

So wenig wie das Wismutpräparat passen die Quecksilbersalze und vor allem ist hier der Sublimat, der mit dem Unguentum domesticum verwendbar ist, völlig ausgeschlossen. In allen diesen Fällen wird das Eiweifs koaguliert und damit die Emulsion als solche aufgehoben, was man an dem Austritt von Öltropfen auf die Oberfläche erkennt. Natürlich sind auch die Stoffe der Phenolgruppe und die gerbenden Substanzen ausgeschlossen; was aber für diese Wischwässer noch wichtiger erscheint, auch der Alkohol und Glycerin, da beide die Emulsion unter Ölabscheidung vernichten. Hierdurch erhalten diese Wischwässer einen ganz anderen Charakter wie die gebräuchlichen. Wesentlich ist ferner die Inkompatibilität des Eigelbs mit der Benzoësäure. Da der Zusatz eines fäulniswidrigen Mittels absolut notwendig ist und man von der sonst stets aus-

reichenden und für die Haut ganz unschuldigen Benzoësäure keinen Gebrauch machen kann, muſs man sich nach anderen antifermentativen Mitteln umsehen und da bieten sich als die naturgemäſsesten die Balsame und Teere dar, deren gute Verträglichkeit mit dem Eigelb vom Unguentum domesticum her bekannt ist.

In der That hat sich der Zusatz von 1% Perubalsam als vollkommen ausreichend erwiesen; er sterilisiert das Eigelb sicher und riecht in dieser schwachen Dosis gut. Ja, in einer Beziehung korrigiert er diese Emulsionen noch, nämlich in Beziehung auf den Eigenduft des Eigelbs. Es lag nämlich allzu nahe, die bekannten aromatischen Wässer als Konstituentien für diese Emulsionen in Betracht zu ziehen. Aber alle diese Versuche scheiterten an dem, wenn auch schwachen, so doch prägnanten und durchdringenden Geruch des Eigelbs, welcher nicht gerade angenehm ist. Es wäre sehr erwünscht gewesen, gerade die als erfrischend empfundenen ätherischen Öle (Oleum citri, Oleum citronellae, Oleum verbenae, Oleum lavendulae) in Form aromatischer Wässer zuzusetzen. Aber gerade diese verlieren ihren erfrischenden Charakter in Eigelbemulsionen gänzlich. Ebenso sind unsere anderen zarten Riechstoffe hier von ungenügender Wirkung, selbst Aqua naphae und Aqua rosarum, die sich noch am ehesten als Vehikel der Eigelbemulsion eignen. Überkompensiert wird der Eigelbgeruch dagegen von dem der Aqua menthae und Aqua camphorata; aber nur das Kampferwasser hat die gute antifermentative Eigenschaft der Balsame, während das Pfefferminzöl die Fäulnis nicht aufhält.

Eine ganz eigene Stellung nimmt hier wie bei dem Unguentum domesticum die Essigsäure ein, indem sie nicht nur mit der Emulsion verträglich, sondern auch als Geruchskorrigens sehr brauchbar ist. Ein Zusatz von 33% Acetum oder ebenso viel Acetum aromaticum ist daher durchaus empfehlenswert, ein solcher von Aqua plumbi statthaft.

Hiernach würde die allgemeine Formel eines als Schüttelmixtur gedachten Eigelb-Wischwassers folgendermaſsen lauten:

Vitelli ovi	10,0
Balsami peruviani:	
(*Ol. cadini, Ol. Rusci, Liantrali, Ichthyoli, Styracis*)	1,0—2,0.
Zinci oxydati:	
(*Talci, Magn. carbon., Sulfuris*)	5,0—10,0
(*Bism. oxychlorati*)	2,0).
Aquae destillatae:	
(*Aq. camphorat., Aq. menth. pip., Aq. rosarum, Aq. plumbi*)	ad 100,0,
oder Aceti: (*Aceti aromatici*)	33,
Aquae.	ad 100.

M. S. Umzuschütteln.

Da es auf diese Weise gelingt, von allen Teersorten und Balsamen bis 10%ige Wischwässer herzustellen, so lag der Gedanke nahe, diese

Emulsionen auch zu stärkeren und tiefergehenderen Wirkungen zu benutzen, als wir sie mit Wischwässern zu bezwecken pflegen, sie nämlich zur Heilung von ausgedehnten Ekzemen, Scabies und pruriginösen Affektionen heranzuziehen. (Besonders im Sommer, bei stark schwitzender, Fette nicht gut vertragender Haut wären solche wässerigen Vehikel für Teer und Balsame sehr erwünscht.) Doch mufste ich von der Herstellung und dem Vorrätighalten solcher medikamentösen Emulsionen abstehen, da das Medikament sich bei so starker Prozentuierung mit dem Eigelb zu Boden setzt. Es läfst sich dann allerdings wieder zur Emulsion aufschütteln; aber einen besonderen Wert in pharmazeutischer Hinsicht können derartige nicht haltbare Emulsionen nicht beanspruchen. Der gute therapeutische Gedanke, welcher auf der starken Verdünnungsfähigkeit dieser Eigelbemulsionen mit Wasser fufst, läfst sich dagegen einfach erreichen, indem man den betreffenden Teer oder Balsam mit der doppelten Menge Eigelb verreiben und dispensieren läfst und die Vorschrift giebt, beim Gebrauche ein bestimmtes geringes Quantum entweder auf der vorher benetzten Haut zu verreiben oder mittelst eines in Wasser getauchten Schwammes oder Wattebausches auf der Haut selbst zu verdünnen und zu verteilen oder endlich mit Wasser oder Milch in einem Gefäfse zu verdünnen und dann aufzuwischen.

Versammlungen.

Internationale Konferenz zur Verhütung der Syphilis und venerischen Krankheiten

abgehalten zu Brüssel vom 4.—9. September 1899.

Originalbericht von Dr. Hopf-Dresden.

Anträge und Beschlüsse der Brüsseler Konferenz:

I. Prof. Fournier und Staatsminister Lejeune-Brüssel: Die Konferenz spricht den Wunsch aus, die Regierungen möchten mit allen ihren Kräften eine absolute Unterdrückung der Prostitution civilrechtlich minderjähriger Frauenspersonen erstreben.

II. Fournier: Die Konferenz spricht den Wunsch aus, aus der gegenwärtigen Versammlung eine „Gesellschaft zum Schutze von Gesundheit und Moral" sich bilden zu sehen, deren Sitz Brüssel sein und deren Existenz sich äufsern würde

1. durch die Gründung einer für die Veröffentlichung von Originalarbeiten und Berichten bestimmten Vierteljahrsschrift;

2. durch die Berufung von Kongressen.

Die Konferenz beschliefst, dafs der nächste Kongrefs 1902 in Brüssel tagen soll und ernennt eine vorläufige Kommission, die bis dahin als ständiges Comité funktionieren wird, in der Gestalt der Bureaux der gegenwärtigen Konferenz, bestehend aus Staatsminister Lejeune-Brüssel (Präsident), Abteilungschef im Ministerium Béco (Vizepräsident) und Dr. Dubois-Havenith (Generalsekretär). Dieses ständige Comité hat

dem nächsten Kongreſs Statuten wie endgültige Vorschläge betreffs der Gestaltung der Gesellschaft zu unterbreiten und wird immer vorläufige Maſsnahmen treffen bezüglich der Mittel und Wege, die für die Thätigkeit der Gesellschaft und für die Herausgabe der Vierteljahrsschrift erforderlich sind. Die Konferenz nimmt im Prinzip eine jährliche Rechnungslegung an und bestimmt, daſs die Autoren ihre Arbeiten in deutsch, französisch, englisch und italienisch veröffentlichen können, nur gebeten werden am Schluſs ein klares Résumé zu geben, dessen Übersetzung in die anderen Sprachen dem Generalsekretär obliegt.

III. Fournier, Kollegienrat Pavloff, Prof. v. Petersen, Dr. v. Stürmer-Petersburg, Hutchinson-London, Lesser, Neisser, Doutrelepont, Wolff, Mračeк: Von der Ansicht ausgehend, daſs eine gründliche Kenntnis der Venereologie eines der wichtigsten Mittel im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten darstellt, empfiehlt die Konferenz den Regierungen dringend die Schaffung auf diesem Gebiete wahrhaft zuständiger Ärzte durch die Einführung auf allen Universitäten von entsprechenden obligatorischen Vorlesungen, deren Gegenstände im Prüfungsprogramme des Staatsexamens vorkommen müſsten und verlangt, daſs diese Examinatoren Spezialisten seien.

IV. v. Stürmer-Petersburg: 1. Es ist von Wichtigkeit, daſs die Waisen besser geschützt werden. Zu diesem Zweck soll die Wahl des Vormundes nicht allein von der Rücksicht auf die Wahrung materieller Interessen der anvertrauten Kinder bestimmt werden, sondern besonders von der Notwendigkeit moralischen Schutzes.

2. Wer mit der Erziehung der Jugend betraut ist, muſs seinen ganzen Ehrgeiz auf die moralische Entwickelung seiner Zöglinge verwenden und ihnen Mäſsigung lehren und Achtung vor der Frau, gleichviel in welcher sozialen Lage sie sich befindet.

(In gleicher Fassung auf dem 97er russischen Ärztetage angenommen.)

V. Commenge-Paris: Die Konferenz ruft die ganze Strenge des Gesetzes gegen das Zuhältertum an.

VI. Britische Medizinische Gesellschaft (Saundby - Birmingham): Die Konferenz bittet die Regierungen in jedem Lande eine Kommission zu bilden, welche beauftragt wird:

1. die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten in der Civilbevölkerung, abgesehen von zeitlichen Schwankungen, festzustellen;

2. Erkundigungen über die gegenwärtig bestehenden Einrichtungen zur Behandlung der venerischen Erkrankungen einzuziehen, über die Verteilung der Krankenhäuser und die Zahl der verfügbaren Betten, sowie die wirksamsten therapeutischen Maſsnahmen vorzuschlagen;

3. die auf die beste Methode des Schutzes gegen die Verbreitung der venerischen Leiden bezüglichen verschiedenen Meinungen zu sammeln und zu dem Zwecke geeignete Vorschläge zu machen.

VII. Lassar: Die Regierungen werden ersucht, jede günstige Gelegenheit wahrzunehmen, um die Aufmerksamkeit des Publikums und besonders die der jungen Leute auf die Gefahren hinzulenken, welche die Prostitution die Gesundheit der Personen beiderlei Geschlechts laufen läſst, und auf die traurigen Folgen der Geschlechtskrankheiten hinzuweisen.

VIII. P. Pierson-Zetten und Dr. Fiaux-Paris: Die Konferenz spricht den Wunsch aus, die Statistik der Geschlechtskrankheiten in allen Ländern auf gleichen Grundlagen aufgebaut zu sehen.

Die soziale Gefahr der Syphilis, von A. Fournier-Paris. Die Syphilis bietet nach vier Richtungen hin eine soziale Gefahr: 1. für das Individuum durch die direkten Krankheitserscheinungen, 2. für die Familie durch gemeinschaftliche Er-

krankung, 3. durch die hereditären Folgen (Polymortalität), 4. durch Degenerescenz der Art. Unter den individuellen Schädigungen treten als besonders gefährlich jene der tertiären Periode hervor. Der Tertiarismus ist eine sehr häufige Erscheinung und zeigt sich vornehmlich bei nicht oder ungenügend behandelten Fällen. An 4400 tertiär Syphilitischen weist Fournier nach, dafs darunter neben 1451 Hautsyphiliden und 519 Knochenläsionen 631 mal Tabes und 758 mal Gehirnerkrankungen beobachtet wurden. Das wichtigste Organ des Körpers also, das Gehirn, wird von der Lues nächst der Haut am häufigsten ergriffen. Von 389 cerebral Syphilitischen, die Verfasser dauernd im Auge behalten hat, sind 19% gestorben, weitere 59% mit mehr oder minder schweren psychischen oder physischen Folgezuständen behaftet worden und nur 22% haben die Heilung erreicht. Die Entdeckung der parasyphilitischen Krankheiten hat die schon früher gewürdigte soziale Gefahr der Lues noch vermehrt und erweitert, zumal diese letzteren häufig sind, schwer sind und auch der spezifischen Therapie Widerstand leisten.

Bezüglich des Einflusses der Syphilis auf die Familie weist Fournier darauf hin, wie häufig die in der Ehe erworbene Lues der Frau zu Ehescheidungen führt und wie oft die Lues andererseits durch Arbeitsunfähigkeit von Frau oder Mann zum materiellen Ruin führt. Die Polymortalität auf syphilitischer Grundlage ist eine bekannte Thatsache. Entweder werden tote Kinder geboren, seien sie noch unreif, seien sie reif, oder lebend zur Welt gekommene Kinder erliegen bald nach der Geburt ihren Leiden. Was die Zeichen der Degenerescenz betrifft, so sei aus der Reihe derselben nur an folgende erinnert: Mikro-Hydrocephalie, Hasenscharte, Wolfsrachen, Skoliose, Spina bifida, Syn-Poly-Ektrodaktylie, Taubstummheit, Ectopia testicularis, Kryptorchismus, Infantilismus der Hoden, Lebensschwäche, foudroyante Pneumonien, allgemeiner Infantilismus, Rachitismus, Schwäche des Gehirns und Nervensystems, Monstrositäten. Zum Schlusse stellt Fournier noch die Frage: welcher Art wird die Nachkommenschaft also mit Dystrophien behafteter Personen sein? — hereditäre Dystrophien der zweiten Generation, und hebt er die Thatsache hervor, dafs 20% der syphilitischen Frauen vor dem 20. Jahre und dafs die Mehrzahl der Männer mit 20—26 Jahren die Lues acquirieren, also zu einer Zeit, wo die Reife des Verstandes bei beiden Geschlechtern noch nicht erreicht ist. Von den syphilitischen Patientinnen aus Verfassers Sprechstundenpraxis sind 20% in der Ehe infiziert.

Die soziale Gefahr des Trippers, von Neisser-Breslau. Die Blennorrhoe ist nächst den Masern die verbreitetste Krankheit des Menschengeschlechts. Genauere Kenntnisse über den Grad ihrer Verbreitung fehlen uns, da die meisten Blennorrhoen, falls sie nicht Pfuschern in die Hände fallen, von Privatärzten behandelt werden und so den Statistiken meistenteils entgehen. Infolge dessen geben auch die Statistiken selbst falsche Bilder, besonders bei der Blennorrhoe der Frau, wo akute Erscheinungen entweder unbemerkt oder falsch gedeutet werden, chronische Zustände aber nur so geringe sichtbare Symptome bieten, dafs ein Erkennen der Krankheit vielfach zur Unmöglichkeit wird. Die in den Krankenhausberichten enthaltenen Ziffern bleiben hinter der Wirklichkeit weit zurück. Nur die Militärstatistiken geben einen ungefähren Anhalt. Für die Heere Deutschlands, Österreichs, Belgiens und Frankreichs machten die Blennorrhoen folgende Promillesätze der Kopfstärke und Prozentsätze der venerischen Krankheiten aus: D. 15,8‰—54,4%; Ö. 32,1‰—53,5%; B. 21,1‰—65,4%; Fr. 27,9‰—63,6%. Nach Neisserschen Civilstatistiken, an 7685 Patienten vorgenommen, ergiebt sich, dafs 1896 8,7‰ der Breslauer Civilbevölkerung an blennorrhoischen Affektionen litten. Unter den Studenten litten an Tripper 86,7‰ gegen 20,04‰ Lues- und 12,05‰ Ulcus molle-Kranken. Nöggeraths Verdienst war es, die Blennorrhoe in ihrer Wichtigkeit für die Frau erkannt zu haben. Nach Sänger

sind 12%, nach R. Asch 14% des gynäkologischen Materials, nach Zweifel 10% der Fälle seiner Privatpraxis durch den Tripper bedingt. Des Weiteren geht Neisser auf die verschiedenen Komplikationen der Tripper bei Mann und Frau ein und hebt besonders die soziale Bedeutung der Blennorrhoe durch Beeinflussung der männlichen und weiblichen Fortpflanzungswerkzeuge (Sterilität — Einkindersterilität) sowie die Infektionen der Bindehaut der Neugeborenen hervor. Weisen doch manche Blindenanstalten als Ursache der Erblindung zu 40—60% den Tripper nach. Das Schlimmste und Gefährlichste ist die langanhaltende Infektiosität eines Trippers trotz des Fehlens merklicher Symptome. Von gröfstem Werte ist darum eine zweckentsprechende fachmännische Behandlung des tripperkranken Mannes und der blennorrhoischen Frau. Durch die Übertragung auf die Ehefrauen, von diesen auf die Genitalschleimhäute der kleinen Mädchen (Zusammenschlafen im gleichen Bett), sowie auf die Bindehaut der Kinderaugen wird der Tripper zu einer Geifsel auch für die Unschuldigen, für die Allgemeinheit. Zwar wird die Mortalität durch die Blennorrhoe fast nicht beeinflufst, wohl aber die Morbidität. Prophylaktisch weifst Neisser darauf hin, wie das Blokusewski-Frankesche Verfahren als Analogon zur Crédeschen Methode der Einträufelung von Lapislösungen segensreich wirken könnte, schon mit Rücksicht auf den Nachwuchs der Bevölkerung. 50% aller kinderlosen Ehen sind auf Blennorrhoe bei einem oder dem anderen Teil des Elternpaares zurückzuführen. In 30% dieser Ehen lag nach Kehrer Azoospermie des Mannes vor. Lier-Ascher fanden bei 1000 Leichen 33 mal Azoospermie, darunter 22 mal blennorrhoischen Ursprungs. Fürbringer giebt für 600 Männer steriler Frauen 83,3% Azoospermie oder bedenkliche Oligospermie an. Zum Schlufs meint Neisser, dafs man das grofse Publikum mehr wie bisher über die wahre Natur des Trippers aufklären müsse.

Welchen Anteil an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten hat die Prostitution? von Verchère-Paris. Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Als Ausgangspunkt jeder Syphilis stöfst man schliefslich auf die Prostitution. Jede Prostituierte, ob vornehm oder gering, ob im Bordell oder freiwohnend, ob kontrolliert oder heimlich sich prostituierend, ist der Syphilis verfallen. Die Reglementation giebt eine verhältnismäfsige Sicherheit, und jede überwachte und wegen Krankheit dem Verkehr entzogene Prostituierte verliert, und wäre es nur auf einige Zeit, an Gefahr für die Allgemeinheit. Über die freien öffentlichen Frauenzimmer hat der Staat gar keine Macht noch Kontrolle, sie entgeht der Überwachung und verbreitet ihre Krankheiten ungestraft weiter. Sogar bei der extragenitalen Syphilis, die häufig ohne direkten Kontakt mit der Prostitution entsteht, läfst sich die Krankheit in den meisten Fällen ursprünglich auf eine Prostituierte zurückverfolgen. Für den Tripper gilt das nicht in so ausgedehntem Mafse. Zu einer wirklichen Ansteckung bedarf es selbst bei Bestehen einer chronischen Blennorrhoe der Frau immerhin gewisser begünstigender Umstände. Beim Tripper liegt vielmehr die Hauptgefahr auf Seiten des Mannes, sei er auch nur vom chronischen Tripper in schwächster Form heimgesucht.

Haben die bisherigen Reglementierungssysteme einen Einfluſs auf die Verbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten gehabt? von Barthélemy-Paris, Augagneur-Lyon und Blaschko-Berlin. Alle drei Autoren kommen zu dem gleichen Bekenntnis, dafs von einer Beeinflussung der Geschlechtskrankheiten durch die heute geübten Reglementierungssysteme keine Rede sein könne. Blaschko sucht die Schuld davon darin, dafs die Einschreibung der Prostituierten sich nur auf einen geringen Bruchteil der wirklich sich der gewerbsmäfsigen Unzucht Hingebenden erstreckt. Doch ist es schwer, die heimlichen Prostituierten zu fassen, oft in Hinsicht auf die Gesetzgebung direkt unmöglich (Verbot der Registrierung Minorenner), zum Teil aus moralischen und edukatorischen Rücksichten nicht empfehlenswert, mehr ein-

zuschreiben als bisher. Den Fehler der bisherigen Reglementierungssysteme sucht Blaschko darin, daſs die Behörden sich zu sehr auf die gewerbsmäſsige Prostitution, soweit sie anerkannt ist, beschränkt haben.

Barthélemy ist ein strenger Anhänger der Reglementation und weist in seiner Abhandlung nach, daſs die Überwachung, so fehlerhaft sie heute auch sein möge, doch weit davon entfernt ist, nutzlos oder überflüssig zu sein. Als Beweis dafür dient ihm die im Laufe der Verhandlungen auch von Fournier so energisch betonte Überlegung, daſs jede internierte kranke Prostituierte, welche, wie aus den in Saint-Lazare gewonnenen Erfahrungen erhellt, täglich etwa ein halbes Dutzend Besucher empfängt, unschädlich gemacht wird, und daſs somit eine umfangreiche Reihe von Männern der Ansteckung entgeht. Zur Verbesserung der Reglementierung, durch welche, wie Verfasser sich ausdrückt, das „Trottoir assaniert“ wird, schlägt Barthélemy Vermehrung und Vertiefung der ärztlichen Visiten, Anstellung kompetenter Fachärzte als sanitäre Oberaufsicht, Errichtung von Ambulatorien, wo Verbände gewechselt, Medikamente ausgegeben und Ratschläge eingeholt werden könnten. Mit dem Centralambulatorium müſste ein Hospital verbunden sein, in dem die kranken Frauen zwar nur als Kranke und nicht als Schuldige aber gleichwohl zwangsweise Behandlung erführen. Zu ganz entgegengesetzten Schluſsfolgerungen kommt auf Grund ausgedehnter statistischer Berechnungen Prof. Augagneur. Dieser betrachtet den Wert der Reglementation nur nach den Schwankungen der Morbidität und verwirft jede Kontrolle, weil sie eine illusorische Sicherheit des Publikums und einen unheilbaren Schrecken vor dem Spital bei den Prostituierten erwecke. Nach ihm sind die Schwankungen der venerischen Morbidität unabhängig von der Reglementation, ja erstere steigt sogar mit der letzteren, wenn sie in ein bisher reglementationsloses Gebiet eingeführt wird. Umgekehrt hat die Unterdrückung der Kontrolle oft eine Abnahme der Morbidität zur Folge. Auch besteht keine Wechselwirkung zwischen Morbiditätsgrad und Maſs der Strenge bei der Reglementierung. Statistiken, die für die Unkontrollierten eine gröſsere Morbidität aufweisen als für die Kontrollierten, gelten nach Verfasser nur für gewisse Milieus, und diese Morbidität schreibt er von der Reglementierung unabhängigen Umständen zu.

Ist die ärztliche Kontrolle der Prostitution verbesserungsfähig? von Finger-Wien, Jadassohn-Bern, Fiaux-Paris. Den beiden erstgenannten Autoren steht in Fiaux ein Abolitionist vom reinsten Wasser gegenüber. Nach ihm ist die Sittenpolizei ein Hinderungsgrund für die Assanierung der öffentlichen Gesundheit, weil sie auf die für gesund erklärten Frauen die möglichst groſse Besucherzahl vereinigt, weil sie die erkrankten Frauen durch ihre rigorosen Vorschriften zur Flucht vor der Entdeckung treibt und weil sie die männlichen Kranken unbehelligt läſst. Fiaux verlangt Aufhebung der Sittenpolizei. Die strafbaren äuſseren Manifestationen der an und für sich kein Vergehen bildenden Prostitution sollen dem allgemeinen Gesetze verfallen sein. Schaffung von Gesetzen, welche die Übertragung von Geschlechtskrankheiten, wenn mit Bewuſstsein des Charakters der Krankheit geschehen, in Strafe nehmen. Aufhebung der Zwangsbehandlung, sowie des Hôpital-Prison-Systems. Der Eintritt wie der Abgang der Kranken im Spital müſste vielmehr ein freiwilliger sein. Ferner fordert Fiaux Aufhebung der Spezialkrankenhäuser und Unterbringung der Geschlechtskranken in besonderen Stationen der allgemeinen Krankenhäuser, Errichtung von Polikliniken für Venerische an allen Hospitälern und verstreut in den Städten, Gratisbehandlung und Gratismedikation. Fiaux giebt seiner Überzeugung Ausdruck, daſs die von ihm vorgeschlagene Organisation des ärztlichen Beistandes durch ihre Freiheit mehr Kranke der Behandlung zuführen wird, als es die alte mit ihrem Zwange gethan hat. Gegenüber diesen jeder praktischen Unterlage und Er-

fahrungen baren hypothetischen Vorschlägen bewegen sich Finger und Jadassohn auf gangbaren Wegen, wenn auch ihre Vorschläge zum Teil recht einschneidender Natur sind. Die Forderungen Fingers sind folgende: Conditio sine qua non — Sachkenntnis der Ärzte. Die Untersuchung hat in geeigneten Lokalitäten der Behörde oder des Bordells unter genügender Beleuchtung stattzufinden. In Wohnungen freilebender Prostituierten darf sie nicht vorgenommen werden. Der ganze Körper ist zu besichtigen (Speculum). Dauer jeder Untersuchung etwa zehn Minuten. Die Zahl der Ärzte ist so zu vermehren, dafs auf je einen Kopf etwa 50 Prostituierte entfallen. Bordellmädchen sind dreimal, Freiwohnende zweimal pro Woche zu untersuchen. Alles Polizeimäfsige mufs der Untersuchungsstelle genommen werden. Honorierung der Ärzte erfolgt nur durch die Behörden. Die Untersuchungstechnik mufs vollkommen dem neuesten wissenschaftlichen Standpunkt entsprechen. (Gonokokkenuntersuchung.) Die Licentia stupri ist allen syphilitischen Prostituierten der kondylomatösen Periode für die Dauer derselben zu entziehen. Während dieser Zeit sind diese Personen in Asylen unterzubringen, wo eventuell moralische Einwirkungen versucht werden könnten. Die Bettenzahl mufs in allen Spitälern für die Geschlechtskrankheiten auf die genügende Höhe gehoben werden. Die im Hospital begonnene Behandlung der Prostituierten mufs ambulatorisch, gratis fortgesetzt werden können. So lange die Licenz für das Prostitutionsgewerbe den kondylomatös Syphilitischen noch nicht entzogen werden kann, so lange wären die Untersuchungen drei- bis viermal wöchentlich vorzunehmen. Jadassohn empfiehlt, die Prostituierten nicht als „gesund", sondern als „zur Zeit symptomlos" aus den Krankenhäusern zu entlassen, verweist auf den Wert der Alopecia und des Leukoderma für die Diagnose der Lues und empfiehlt, abgesehen von der möglichsten Strenge der ersten Quecksilberkur, alle wegen anderer Leiden ins Spital eingelieferten Prostituierten, die einmal Syphilis durchgemacht haben, der Fournierschen Behandlung zu unterwerfen. Sehr empfehlenswert sind Jadassohns Vorschläge über die Prostituierten-Karten, die er überall eingeführt sehen will. Er verlangt, dafs auf dieselben Belehrungen allgemeinverständlicher Natur bezüglich der Geschlechtskrankheiten aufgedruckt würden. Jedenfalls müfste daraus hervorgehen, dafs die Untersuchung und die Karte keine Garantie bezüglich des Gesundheitszustandes geben kann. Jeder Karte mufs zur Kontrollierung unbedingt die Photographie beigefügt sein. Nur die 30—40% an infektiösen Ausflüssen und Katarrhen leidenden Prostituierten sind zu behandeln.

Die Blennorrhoe der Prostituierten kann spontan ihre Infektiosität verlieren. Jedenfalls ist auch ihre Heilbarkeit bewiesen. Die Gonokokkenuntersuchung, methodisch nach Vorschlag Neissers ausgeführt, mufs der einzige Mafsstab für die Diagnose sein, wie für die Behandlung.

Prophylaktische Spülungen und Einträufelungen sind im weitesten Mafse zu lehren. Gravide Prostituierte mit Cervixblennorrhoe sind bis zur Entbindung in Asylen unterzubringen. Für in Spitälern nicht zur Heilung gebrachte Prostituierte würde eventuelle tägliche ärztliche Kontrolle in Frage kommen, um die Infektiosität möglichst herabzusetzen. Die Zwangsbehandlung ist auf jeden Fall beizubehalten.

Soll man, vom rein ärztlichen Standpunkte betrachtet, die öffentlichen Häuser beibehalten oder unterdrücken? von Wolff-Strafsburg, Le Pileur-Paris, Hoeffel-Buxweiler. Hoeffel ist zwar Anhänger einer strengen Reglementation, spricht sich aber energisch gegen die Bordelle aus. Er stützt sich auf die Erfahrung der letzten vierzig Jahre in Deutschland, die im Jahre 1892 den Beschlufs der Berliner Medizinischen Gesellschaft gezeitigt hätten, dafs die Wiedereröffnung der öffentlichen Häuser vom gesundheitlichen wie moralischen Standpunkte aus zu verwerfen sei. Als Unterlage für seine Argumente hat er die verschiedensten Statistiken gesammelt, nach

denen die bordellierten Frauenzimmer gesundheitlich schlechter daran sind als die nichtbordellierten. Hoeffels Statistiken stehen diametral gegenüber diejenigen Wolffs, dessen Arbeit durch die Zusammenstellung der weiblichen und männlichen Bevölkerung hinsichtlich der Geschlechtskrankheiten einen besonderen Wert hat. Leider erstrecken sich die Beobachtungen Wolffs nur auf die letzten drei Jahre, was für die Beurteilung der Frage eine zu kurze Zeit darstellt. Immerhin sind die Statistiken insofern von Wert, als sie zu beweisen scheinen, dafs jede strengere Handhabung der Kontrolle mit dem Steigen der venerischen Weiber ein Sinken der Venerie unter der männlichen Bevölkerung zur Folge hat, und dafs jedes Nachlassen mit der Abnahme der Venerie unter den Prostituierten ein Steigen der Zahl der geschlechtskranken Männer nach sich zieht. Die Basis für Wolffs Argumentationen geben die Ziffern der Strafsburger Garnison ab. Auch unterstützt Wolff seine Ansichten durch Statistiken aus anderen Städten, unter denen die von Dresden und Bremen besonders instruktiv sind. Vor der Unterdrückung der Bordelle wurden in ersterer Stadt im Krankenhause jährlich 318, 344, 326, 392, 378, 308 kranke Männer behandelt, nach dem Schlufs der öffentlichen Häuser im Jahre 1890 401, 397, 342, 326, 406, 503. — Die Arbeit Le Pileurs zeichnet sich durch eine ebenfalls sehr instruktive und interessante Zusammenstellung aus, die zum Teil in graphischer Weise dargestellt folgende Thatsachen nachweist: Die Thatsache des Sichprostituierens ist es und nicht die Inskription durch die Sittenpolizei, was in 91% der Fälle die Prostituierten syphilitisch macht. 74% der unkontrollierten Prostituierten haben keinerlei Pflege und Behandlung genossen, zu 33% findet man bei denselben die Sklerose. 74% aller Inskribierten haben vor der Inskribierung ihre Infektion erlitten, Von den Kontrollierten überhaupt haben nur 24% keine Behandlung gehabt, darunter 15% am syphilitischen Primäraffekt Leidende. Von den Bordellmädchen aber haben nur 10—12% keine Behandlung genossen. Diese bordellierten Prostituierten sind in gesundheitlicher Hinsicht von der allergeringsten Gefahr für das Publikum.

Ist die polizeiliche Überwachung der Prostitution verbesserungsfähig? von Welander-Stockholm, Mireur-Marseille, Schmöldter-Hamm (Jurist). Mireur weist darauf hin, dafs die Abolition der Prostitution ein Unding ist und führt zum Beweis dafür, dafs die Reglementation derselben angezeigt ist, die Staaten Bayern, Belgien und England ins Feld. In Bayern hat die vorübergehende absolute Unterdrückung der Prostitution die Zahl der Geschlechtskrankheiten enorm steigen lassen, in England sind dieselben infolge der extrem liberalen Gesetzgebung des letzten Jahrzehnts zu schwindelnder Höhe gestiegen, während das sich einer ausgezeichneten Reglementation erfreuende Belgien nur einen verhältnismäfsig schwachen Prozentsatz venerischer Erkrankungen aufzuweisen hat. Mireur verlangt ein Gesetz, das die Prostitution unter seinen Schutz nimmt, aber jede Prostitution seitens nicht zum Gewerbe Zugelassener mit den schwersten Strafen belegt. Dasselbe würde die sanitären Zustände bessern, der öffentlichen Moral Schutz gewähren, die heimliche Unzucht einschränken und den Widerspruch zwischen den heutigen Gesetzesvorschriften und den polizeilichen Mafsnahmen beseitigen. Welander will, dafs die Prostituiertenüberwachung möglichst das Gepräge einer sanitären Mafsregel erhalte. Untersuchungsamt und Krankenhaus müssen im innigen Zusammenhang, vielleicht unter der gleichen ärztlichen Leitung stehen. Ersteres mufs auch eine Art Konsultationslokal werden. Die Regelung der Visiten, Zwangsbehandlung u. s. w. mufs auf gesetzlichem Wege geschehen. Vor der endgültigen Einschreibung, die aus sanitären Gründen nicht zu lange hinausgeschoben werden darf, ist die Frau, die sich zu prostituieren begonnen hat, erst einer mildesten Überwachung zu unterwerfen, um ihr Zeit zur Rückkehr auf den Weg der Ehre zu geben. Mädchen unter 17 Jahren dürfen nicht eingeschrieben

werden, ebensowenig körperlich nicht entwickelte weibliche Personen. Keine Frau darf zwangsweise in Bordellen untergebracht werden. Es ist für öffentliche Besserungs-, Erziehungs- und Rettungsanstalten für bedrohte und gefallene Frauen zu sorgen.

Schmölder giebt einen feinsinnigen Überblick über den Einfluſs, den das Auftreten des Christentums auf die Prostituierten des Altertums und Mittelalters ausgeübt hat und kommt mit zu folgenden rigorosen Schlüssen:

Die polizeiliche Reglementierung widerstreitet den Lehren der christlichen Kirche. Sie schafft in moralischer Beziehung schwere Schäden. Sie ist aber auch unanwendbar gegen die Gestalt, die die Prostitution unter dem Einfluſs des selbständigen Eintritts der Frau in das Erwerbsleben und der Lockerung der Familie angenommen hat. Sie bietet keinen geeigneten Boden für einen erfolgreichen Kampf gegen die geschlechtlichen Krankheiten.

Die polizeiliche Reglementierung ist abzuschaffen.

Es bedarf aber eines Ersatzes. Dieser ist gegeben in einer Strafbestimmung gegen die gewerbsmäſsige Unzucht und gegen die Beihülfe zu dieser, gegen die einfache Kuppelei, und zwar mit der Maſsgabe, daſs die Verfolgung nur auf den Antrag der zuständigen Polizeibehörde erfolgt.

Bei diesem Vorschlag fallen alle moralischen Bedenken fort.

Mit ihm wäre der Polizei gleichzeitig das weiteste diskretionäre Ermessen eingeräumt, wie es auf diesem Gebiete derjenigen Behörde gebührt, der die Sorge obliegt für die öffentliche Ruhe, Sicherheit und Ordnung und für die Abwendung der der Gesamtheit oder Einzelnen drohenden Gefahren.

Die Polizeibehörde brauchte bei ihren Maſsnahmen nicht mehr Halt zu machen vor den Ehefrauen und den Minderjährigen. Sie hätte auſserdem das Mittel um den Unzuchtsbetrieb der syphilitischen und blennorrhoischen Prostituierten im gröſsten Umfang und für die ganze Dauer der gefährlichen Periode zu unterdrücken. Es wäre hiermit alles erreicht, was in gesundheitlicher Beziehung im Rahmen der Prostitution überhaupt geschehen kann.

Wie könnte man durch gesetzliche Maſsregeln die Zahl der Frauen verringern, die in der Prostitution ihren Lebensunterhalt finden? von Neisser-Breslau. Die Prostitutionsfrage ist nach Neisser mehr eine Männerfrage als eine Frauenfrage. Denn jede Prostitution entspricht in ihrer Ausdehnung der Stärke der Nachfrage der männlichen Bevölkerung hinsichtlich des sexuellen Bedürfnisses. Darum verknüpft sich mit dem Problem, wie man die Zahl der sich der Prostitution widmenden Frauen herabsetzen könne, die andere Frage: wie kann man die Nachfrage der Männerwelt günstig beeinflussen? Das kann geschehen durch Erziehung (Zerstörung des Wahns, daſs Keuschheit schädlich für den Körper sei) und Belehrung über die Gefahren des auſserehelichen Geschlechtsverkehrs, Einschränkung der obscönen Litteratur, Überwachung der Kellnerinnen, Weinkneipen u. s. w., Kasernierung der Prostituierten und Verbannung derselben von der Straſse — Beseitigung des deutschen Kuppeleiparagraphen —, gesetzliche Maſsregeln, durch welche die Verantwortlichkeit für die Folgen des auſserehelichen Geschlechtsverkehrs in civil- wie strafrechtlicher Beziehung für die Männer bedeutend erhöht wird, sowie strenge Gesetze gegen das Zuhältertum. Was den auf die Frau bezüglichen Teil der Frage betrifft, so wären folgende Verbesserungen einzuführen: Gesetzliche Möglichkeit der Zwangserziehung verwahrloster Kinder in besonderen Anstalten, Einschränkung der Fabrikarbeit für verheiratete Frauen, die Kinder zu versorgen haben — doch in allen Ländern gleichzeitig einzuführen, um eventuelle Nachteile für die Industrie eines einzelnen Landes zu vermeiden — Einführung von Wohnungsinspektionen (Schlafburschenwesen, getrennte Schlafräume der heranwachsenden Kinder und der Eltern, sowie Trennung

nach den Geschlechtern), Fürsorge für bessere Wohnungsverhältnisse, getrennter Unterricht für Knaben und Mädchen — Erziehung der Mädchen ausschliefslich durch Lehrerinnen —, Einschränkung und Überwachung der Arbeit jugendlicher Frauenspersonen in den Fabriken, Erhöhung der Leistungen der Krankenkassen und Verpflichtung derselben, auch für die Kosten der Geschlechtskrankheiten aufzukommen, Sorge für Unehelichschwangere und deren Kinder. Verschiedene Verbesserungen der Fabrikordnung: Schlufs der Arbeitszeit für Männer und Frauen zu getrennten Zeiten, Trennung der Arbeiter und Arbeiterinnen während der Arbeit, getrennte Ankleideräume, Klosets u. a., Gesetze gegen Kuppler und Mädchenhändler — Bahnhofsmission, Kasernierung der Prostitution und Regelung der Überwachung derselben durch Gesetz. Inskription erfolgt erst nach Fehlschlagen aller Besserungsversuche, niemals bei Mädchen unter 18 Jahren. Verdächtige Frauenzimmer erhalten eine Verwarnung, die wiederholt werden kann. Die darauffolgende Inskription darf nur durch ein Schöffengericht verhängt werden. Ist sie erfolgt, so wird die betreffende Person erst auf ½—1 Jahr in eine Besserungsanstalt geschickt. Alle Untersuchungen noch nicht Inskribierter sind von Ärztinnen vorzunehmen.

Welche allgemeinen Mafsregeln gesetzlicher Natur sind, abgesehen von der Prostitutionsfrage, zu ergreifen, um die Ausbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten wirksam zu bekämpfen? von Lesser-Berlin und Kaposi-Wien. Beide Autoren verlangen vor allen Dingen eine bessere Ausbildung der Ärzte auf dem in Frage kommenden Gebiete der Venereologie. Zu erzielen wäre dies durch Errichtung von Kliniken, obligatorischen Vorlesungen über dieses Fach an allen Universitäten. Ferner mufs die Venereologie als Prüfungsgegenstand in den Staatsprüfungen für Ärzte aufgenommen werden. Kaposi verlangt aufserdem, dafs jeder Arzt, der als Spezialfunktionär angestellt werden will, sechs Monate an einer Spezialklinik oder einer Spezialabteilung für Geschlechtskrankheiten thätig gewesen sein mufs. Die Stationen für Venerische an den öffentlichen Spitälern müssen erweitert und vergröfsert werden, die freie Aufnahme venerisch Kranker darf nicht dadurch illusorisch gemacht werden, dafs später zwecks Einziehung der Kosten an die Heimatsbehörde der betreffenden Kranken berichtet wird. Nein! die Behandlung hat in Wirklichkeit eine kostenlose zu sein, wenn der Kranke mittellos ist. Prostituierte und Nichtprostituierte sind auf den Stationen zu trennen. Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten durch Kurpfuscher ist gesetzlich zu verbieten. Als Kompensation mufs dafür gesorgt werden, dafs die Behandlung der Kranken eine wirklich diskrete sei, denn gerade die hierfür gebotene Garantie bei der Behandlung durch Pfuscher verlockt selbst Gebildete sich diesen anzuvertrauen. Ferner mufs das Publikum bei jeder passenden Gelegenheit, so auch besonders durch die Ärztewelt über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten belehrt werden. Die Hebung der Moral durch sittlich-religiöse Bestrebung ist ebenfalls ein nicht zu unterschätzender Faktor im Kampfe gegen die venerischen Seuchen.

(Fortsetzung folgt.)

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Juli 1899.

Originalbericht von Dr. John Hirsch-Berlin.

Ledermann demonstriert zuerst einen 58 Jahre alten, aus Tomsk in Sibirien stammenden Patienten, dessen Hauterkrankung schwer zu deuten ist. Die Affektion besteht seit zehn Jahren, entstand im Winter und sei nach Angabe des Patienten bis zum heutigen Tage unverändert geblieben. Die Hände zeigen eine blaurote Ver-

färbung, fühlen sich kühl an, sind etwas geschwollen, haben eine teigige pastöse Konsistenz. An den Füßen sieht man papulöse Efflorescenzen, unter den Zehen wenige Exkrescenzen von blauroter Farbe. Hervorgehoben sei, daß die Erkrankung sich ganz symmetrisch zeigt. L. zieht differentialdiagnostisch Lepra, Syphilis, Erythrodermie, Mykosis fungoides in Betracht, um zum Schlusse die Diagnose **Lupus pernio** zu begründen.

Senator glaubte in diesem Falle Erythrodermie diagnostizieren zu müssen. Auffällig war ihm beim ersten Anblick das symmetrische Auftreten und das absolute Freibleiben des Gesichts von der Erkrankung. — Blaschko meint, man könne in diesem Falle Erythema exsudativum perstans diagnostizieren, was nichts präjudiziere. Hallopeau rechnet den Lupus erythematodes, wie das Erythema exsudativum perstans zu den Tuberkuliden, d. h. Erkrankungen, welche nicht durch den Tuberkelbacillus hervorgerufen, sondern durch die Toxine desselben, die Tuberkuline, entstehen. Es wäre daher von Interesse, wenn in diesem Falle ein histologisches Präparat gemacht würde. — Ledermann führt aus, daß hier kein Erythema exsudativum perstans bestehen könne. Es seien keine neuen Papeln aufgetreten. Es haben sich keine Nachschübe gebildet; das Bild war immer dasselbe. — Blaschko erwidert, daß das Erythema exsudativum perstans keine Neigung zur Rückbildung zeige.

Ein Analogon zu dem Ledermannschen Falle führt Rosenthal vor. Es handelt sich um eine 59 Jahre alte Patientin, die seit neun Jahren an Lupus erythematodes leidet. Die Nase und die angrenzenden Partien der Wangen sind in ganz symmetrischer Weise ergriffen, sodaß dadurch die Schmetterlingsform zu stande gekommen ist. Nächstdem sind die Ohrmuscheln stark ergriffen. Hände, Füße und Unterschenkel zeigen einzelne papulöse Efflorescenzen von livider blauroter Farbe. Die Erkrankung wurde als eine Erfrierung angesehen; bei näherer Betrachtung dieser den Frostbeulen so ähnlichen Affektion erkennt man, daß es sich auch hier um **Lupus pernio** handelt.

Saalfeld hat dieselbe Patientin vor einem halben Jahre bereits behandelt. Er nahm seiner Zeit eine Mischform von Lupus vulgaris und Lupus erythematodes als vorliegend an. Die Behandlung mit Cantharidin hat etwas genützt. — Rosenthal meint, daß hier keine Mischform von Lupus erythematodes und Lupus vulgaris vorliegt; der äußerst langsame Verlauf als Erkrankung, ferner das vollständige Fehlen ulceröser Vorgänge sind charakteristisch genug für die Annahme eines Lupus erythematodes.

Dann stellte Ledermann eine Patientin mit **Periostitis syphilitica** der Epiphysen des linken Ellenbogengelenkes vor. Die Krankheit setzte mit großer Schmerzhaftigkeit ein. Die Schwellung der Gelenkgegend ist erheblich.

Hierauf demonstrierte Pinkus einen sehr ausgedehnten Fall von **Lichen syphiliticus.**

Mayer führte eine Frau mit **Favus** des behaarten Kopfes vor. Was den Fall besonders interessant macht, ist das Auftreten der Erkrankung an der Haut des rechten Oberschenkels. Man sieht hier die typischen Scutula von der charakteristischen schwefelgelben Farbe. Der dieser Krankheit zu Grunde liegende Parasit Achorion Schönleinii läßt sich leicht hier nachweisen. — Lesser sieht den Favus nicht so selten. Am behaarten Kopf kommt es nicht zur Ausbildung typischer Schildchen. Die Kopfhaut ist in diffuser Weise mit gelben festen Schuppenmassen bedeckt. Am Scrotum und Rücken entstehen die größten Scutula.

Mayer stellt ein 16 Jahre altes Mädchen vor, das in gewissen Intervallen fleckige Rötungen des Gesichts zeigt. Es handele sich um ein **Erythema striatum.** Das Mädchen hat eine Hyperplasia uteri, hat bisher noch keine Menstruation gehabt. Er

glaube, daſs das Erythem eine vicarierende Menstruation darstelle, und daſs eine Verbesserung der gynäkologischen Verhältnisse auch eine Besserung des Hautleidens herbeiführen werde. — Lesser hält diese Diagnose und deren Ätiologie für unsicher.

Joseph sprach darauf unter Vorstellung eines sehr ausgeprägten Falles über **Lichen ruber verrucosus.** In Bezug auf die Therapie möge man sich nicht zu lange mit Arsen und Chrysarobin aufhalten, sondern zur Exstirpation der gewucherten Tumoren schreiten.

Hierauf zeigte Isaac II einen Fall von **Xerodermia pilaris.**

Gerson demonstrierte ein Präparat und eine Moulage eines Falles von **Cornua cutanea penis.** Puppe hat bereits in der medizinischen Gesellschaft (am 7. Juni 1899) über denselben Fall ausführlich berichtet. Es handelt sich um einen 54 Jahre alten Mann, der vor neun Jahren im Anschluſs an eine entzündliche Affektion der Vorhaut eine Phimose acquirierte, welche durch Spaltung beseitigt wurde. Da sich die Heilung der Discisionsstelle auf der rechten Seite verzögerte, wurden hier während der Dauer von neun Wochen Ätzungen mit Höllenstein vorgenommen. An dieser Stelle entwickelten sich allmählich drei Cornua cutanea auf horniger Basis. Die Gröſse der Excrescenzen betrug 8 cm in der Länge, ca. 1,5 cm in der Breite. Die Oberfläche der hornigen Partie war höckerig, die Farbe bräunlich und hatte die Konsistenz eines derben Fingernagels. Die Hörner wurden entfernt. Der Fall hat auch noch forensisches Interesse, indem der bisherige Träger der Geschwulst eines Sittlichkeitsverbrechens beschuldigt war. Es bestand Beischlafsunfähigkeit. (Cf. *Berliner klinische Wochenschrift* vom 26. Juni 1899. No. 26, S. 573.)

Zum Schluſs demonstrierte Heller die Photographie einer Patientin mit **Erythema exsudativum multiforme,** das nach Reizung der Harnröhre mit Sabinasalbe aufgetreten war. Ähnliches hat bereits Lewin beschrieben. Ferner gab der Vortragende einen ausführlichen Bericht über einen früher vorgestellten Fall von Reinduration sowie über die mikroskopische Untersuchung eines Falles von beginnender Porokeratosis.

Dermatologische Gesellschaft von Groſsbritannien und Irland.

Sitzung vom 22. März 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* Mai 1899.)

Eddowes demonstriert einen **Fall von Lichen planus** bei einem 4½ Jahre alten Knaben. Derselbe hatte ¾ Jahre zuvor die Masern, war im Dezember 1898 wegen Gewächse in der Nase operiert worden. Acht Tage später entstand der Ausschlag, den man bei so jugendlichen Patienten nur sehr selten in so voller Entwickelung zu sehen bekommt.

Abraham demonstriert einen 7jährigen Knaben mit **lokalisierter Kongestion der Nase.** Dieselbe ist seit vier Jahren stets erythematös gerötet und kalt. Im Winter verschlimmert sich der Zustand.

Sitzung vom 27. April 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* Juni 1899.)

Travers Smith stellt eine 28jährige Frau mit einem seit 6—7 Monaten bestehenden **Ekzem der linken Brustwarze** vor. Bei der Hartnäckigkeit, welche die Affektion gegen die bisher angewandten Mittel gezeigt hat, glaubt S., daſs es sich vielleicht um den Beginn einer malignen Form von Dermatitis, möglicherweise um Pagets Disease, handeln könnte, eine Befürchtung, die jedoch die meisten der anwesenden Mitglieder nicht teilen.

Mouillot (Harrogate) spricht über einen **Fall von Arnikadermatitis.** Einem 20jährigen, jungen Manne, der eine Fufstour unternehmen wollte, hatte ein Freund geraten, sich die Füfse mit Arnikatinktur einzureiben, um dadurch seine Beine zu kräftigen. Der Patient that wie ihm geheifsen und rieb mit der Hand die Arnikatinktur in die Fufssohlen ein. Am nächsten Morgen erwachte er mit heftigen Schmerzen in den Füfsen. Als Vortragender zum Patienten kam, war derselbe unruhig, fieberte, hatte geschwollene Füfse, die mit kleinen Papeln bedeckt waren. Innerhalb von 48 Stunden entwickelten sich Bläschen und Blasen, einzelne darunter von Wallnufsgröfse. Die Hände waren ebenfalls befallen, ebenso der Mund, den der Patient wahrscheinlich während des Schlafens mit der Hand berührt hatte. Der junge Mann mufste 14 Tage im Bette liegen. Er wurde jedoch vollständig geheilt.

Bowles hat mehrere Fälle von Entzündung der Haut durch Applikation von Arnika gesehen. Solche Fälle sind früher häufiger gewesen, als jetzt, wo Arnika ungleich seltener zur Anwendung komme. — Dale berichtet einen ähnlichen Fall, bei welchem durch den Gebrauch von Arnika Scrotum, Penis und Innenseiten der Oberschenkel stark entzündet waren. Der Patient genas erst nach dreiwöchigem Krankenlager.

Jahresversammlung vom 25. Mai 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* Juli 1899.)

R. Crocker, zum Präsidenten gewählt, leitet seine Präsidentenansprache mit folgenden Worten ein: „Der alte Dr. Moxon sagte einmal in seiner launigen Weise, es sei für den Arzt ebenso wichtig zu wissen, welche Art von Patienten die Krankheit hat, als zu wissen, welche Art von Krankheit den Patienten hat. Meine jetzige Ansprache soll dieses Thema zum Gegenstande haben, nämlich den **Einfluſs des Individuums auf den Charakter und die Entwickelung von Hautkrankheiten.**“ Vielfach wird von den Patienten als Ursache einer Hautkrankheit die „Erkältung“ angegeben. Dieselbe Ursache soll jedoch bei dem einen ein Erythema multiforme, bei dem zweiten ein Ekzem, beim dritten einen akuten Lichen planus u. s. w. hervorrufen. Wie kann man sich dies erklären? Ist eine angeborene oder nachträglich erworbene Idiosynkrasie des Individuums, oder, wie die älteren Ärzte annahmen, eine besondere Diathese für jede Krankheit vorhanden? Oder verlangt eine jede Erkrankung ein anderes Toxin zu ihrer Entstehung? Auf alle diese Fragen läfst sich zur Zeit keine positive Antwort erteilen. Sicher ist nur, dafs die Lehre von der Autointoxikation mit bacillärer Intervention oder ohne eine solche an Wahrscheinlichkeit gewonnen hat. Die Spezifizität der Toxine spielt für die jeweilige Erkrankungsform eine Rolle, aber nicht die einzige. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs, abgesehen von anderen Bedingungen, der Gesundheitszustand des Individuums zur Zeit, als sich dasselbe dem infektiösen Gifte oder einer Erkältung aussetzte, einen wichtigen, modifizierenden Einfluſs auf die Form der Hautkrankheit ausübt. Bekannt ist in dieser Beziehung die Rolle, welche das Nervensystem bei gewissen Hautkrankheiten spielt. Auf den Charakter, die Intensität und Extensität der syphilitischen Erscheinungen übt der jeweilige Gesundheitszustand, die konstitutionelle Körperbeschaffenheit des infizierten Individuums einen hervorragenden Einfluſs aus. So soll man bei Hautkranken nicht nur den „äufseren“ sondern auch den „inneren“ Menschen studieren, wenn man die Behandlung erfolgreich gestalten will.

R. Crocker stellt eine Patientin mit **Keloid** zwischen den Schulterblättern vor. Dasselbe ist durch eine vor fünf Monaten stattgehabte Verbrennung an dieser Stelle entstanden. Durch elektrolytische Behandlung gelang es den Tumor zum Schrumpfen zu bringen. Im ganzen fanden in 14tägigen Intervallen vier Sitzungen statt. Die an einer Stelle des Tumors eingestochene Nadel verblieb eine Minute darin und

wurde dann an einer 1/4 Zoll entfernten anderen Stelle eingeführt. Die Stärke des angewandten Stromes betrug 5 Milliampères. Redner empfiehlt die elektrolytische Behandlung der Keloide als die bei weitem beste unter den bekannten Methoden.

A. Shillitoe demonstriert einen **Fall von totaler Alopecie** bei einem 34jährigen Manne, der im Alter von 4 Jahren nach einer sehr schweren Krankheit alle seine Haare verlor und sie seitdem nicht wiedererhalten hat.

C. Berliner-Aachen.

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. April 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* Mai 1899.)

G. Little (als Gast) demonstriert unter anderen einen **Fall von ulcerierender Hautaffektion an den Fingern und Zehen** bei einem 4jährigen Kinde mit ausgesprochenem, infantilen Myxödem. Alle Finger und Zehen und die Plantarfläche der Füfse sind bläulichrot und geschwollen und zeigen zahlreiche oberflächliche, atrophische, narbige Hautstellen. Der linke Ringfinger ist vollständig von Haut entblöfst; das subkutane Gewebe ist nekrotisch; die Haut der anderen Finger und zwischen den Zehen ist, wenn nicht weifs von Narbenbildung, tief rot, bedeckt zwischen den Zehen mit weifsen Schuppen. Es besteht hier intensives Jucken. Die Affektion begann nach den Angaben der Mutter des Kindes vor zwei Jahren und ist seitdem, wenn sie auch im Sommer sich bessert, im Winter wieder verschlimmert, niemals ganz verschwunden. — Die Affektion wird von einigen Mitgliedern als Lupus pernio (Hutchinson) angesehen.

M. Morris demonstriert eine 25jährige Frau mit zahlreichen persistierenden, nicht erhabenen, über den ganzen Körper zerstreuten **Teleangiektasien.** Am stärksten befallen sind die Extremitäten. Die Mehrzahl der Efflorescenzen hat einen Durchmesser von 1/2—1 Zoll. Auf schwachen Druck kann das Blut aus den dilatierten, oberflächlichen Gefäfsen leicht ausgepreſst werden. Die Affektion begann vor zwei Jahren und ist seitdem stationär geblieben.

Pernet stellt einen 38jährigen Mann mit **Initialsklerose am linken Mittelfinger** vor. Die Axillardrüsen sind geschwollen; ebenso fühlt man unter dem Pectoralis major links eine geschwollene Drüse. Der Patient zeigt überhaupt allgemeine Adenopathie. Seit dem 4. April sind sekundäre Allgemeinerscheinungen ausgebrochen.

Perry demonstriert 1. einen 51jährigen Gärtner mit **Ulcus rodens auf der Nase** und einer eigentümlichen **Perichondritis des Helix und Antihelix beider Ohren.** Der Ohrknorpel ist zweimal so dick als normal und ungewöhnlich rigid. Das Ulcus rodens besteht seit acht Jahren, der Zustand an den Ohren seit sehr langer Zeit. Der Patient führt ihn auf die Gewohnheit zurück, die er in der Jugend hatte, mit den Ohren zu spielen.

2. einen 13jährigen, gesunden Knaben mit zahlreichen, verschieden grofsen, purpurroten Flecken an den unteren Extremitäten. Der Ausschlag entstand plötzlich und verursachte starkes Jucken. Im Beginn zeigten die grofsen Flecken das Aussehen von quaddelartigen Erhabenheiten. Der Vortragende sieht den Fall als **Purpura urticans,** als Urticaria mit Hämorrhagien an.

J. S. Richards (als Gast) stellt einen 24jährigen jungen **Mann mit multiplen, fibrösen und vaskulären, kongenitalen Tumoren der Haut** vor. Einige derselben sind im Laufe der Jahre verschwunden mit Hinterlassung einer blassen Narbe.

F. P. Weber demonstriert einen **Fall von Angioneurose der Gesichtshaut** bei einem 20jährigen jungen Menschen, der jedesmal, wenn er etwas im Munde kaut,

an der linken Wange bis zum Ohre hin einen roten Fleck bekommt. Derselbe fühlt sich heifs an und beginnt rasch zu schwitzen. Das Phänomen verschwindet, sobald der Mund frei von Speisen ist und tritt auch nicht auf, wenn der Patient nur leere Kaubewegungen macht. Nimmt er etwas Essig in den Mund, so zeigt sich dasselbe Phänomen.

Sitzung vom 10. Mai 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* Juni 1899.)

R. Crocker demonstriert unter anderen einen **Fall von Bromexanthem** bei einem dreijährigen Kinde. Der Ausschlag zeigt den granulierenden Typus mit beträchtlicher Eiterabsonderung aus den weichen Massen der Efflorescenzen. Die Fälle von Bromausschlägen häufen sich in der letzten Zeit, nachdem die Kinder gegen Keuchhusten vielfach Brom erhalten.

C. Fox demonstriert unter anderen 1. eine 89jährige Frau mit Tumoren, die Vortragender als **melanotisches Sarkom** ansieht.

2. einen 35jährigen Mann mit einem eigentümlichen Ausschlag an den Händen und Handgelenken. Die Affektion ist charakterisiert durch oberflächliche, gangränöse Stellen, die beim Abheilen Narbenkeloide hinterlassen. Sie erinnert an ein **Erythema gangraenosum.**

J. J. Pringle demonstriert einen **Fall von Lupus pernio** bei einem 26jährigen, schlecht genährten jungen Manne. Die Hände waren geschwollen, kalt und tief cyanotisch. Die Handrücken zeigten zahlreiche Narben, welche von abgeheilten, zwei Monate zuvor zum ersten Male beobachteten nekrotischen Efflorescenzen herrührten. Die Affektion begann im Winter 1897/98 und verschwand teilweise im darauffolgenden Sommer. Tuberkulöse Belastung liegt nicht vor.

Whitfield zeigt einen **Fall von Ringworm der Nägel,** charakterisiert durch Brüchigkeit, Längsfurchen und braungraue Verfärbung. Die Patientin, eine junge Schülerin, hatte vorher an ihren Armen einige Herpes tonsurans-Ringe gehabt. Die mikroskopische Untersuchung der Nägel ergab, dafs dieselben voll von grofssporigen, verzweigten Pilzen waren. Bezüglich der Varietät vermochte Vortragender noch nicht zu sagen, ob es sich um die Endothrix- oder Ektothrixform handelte. In therapeutischer Beziehung soll nach Sabourauds Vorschlag beständige Applikation einer schwachen Jodlösung zur Anwendung kommen.

Sitzung vom 14. Juni 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* Juli 1899.)

M. Morris demonstriert 1. einen 70jährigen Mann, der seit 50 Jahren eine eigentümliche Form von Dermatitis hat, die in vieler Beziehung an **Epidermolysis bullosa** erinnert.

2. eine junge Dame mit **nekrotisierender Folliculitis der Kopfhaut.** Die Affektion erinnert an Lupus erythematosus.

J. J. Pringle demonstriert unter anderen einen **Fall von pustulöser Folliculitis der Kopfhaut** bei einem 16jährigen Knaben. Die Krankheit begann vor 2½ Jahren mit roten Flecken auf der Kopfhaut. In etwa sechs Wochen war dieselbe trotz der Behandlung bedeckt mit eitrigen Krusten und Schuppen, nach deren Beseitigung sich jeder Follikel auf der Kopfhaut als Sitz einer akuten Eiterung mit nachfolgender tiefer Narbenbildung erwies. Im übrigen war jedes Haar von einem gelblichen Rande umgeben. Das Bild erinnerte an Favus, doch die mikroskopische wie bakteriologische Untersuchung hat nur zahlreiche Haufen von Staphylokokken ergeben. — Crocker glaubt, dafs die Dermatitis papillaris capillitii-Kaposi ein klinischer Ausdruck desselben Krankheitsprozesses sei, wie im vorstehenden Falle.

Pringle demonstriert ferner eine 43jährige Frau mit einem **Pigmentausschlag**, der vor zwei Jahren an beiden Schläfen in Form von dunklen, für Sommersprossen gehaltenen, Flecken auftrat. Die Pigmentation dehnte sich später nach abwärts bis hinab zum Unterkieferwinkel aus, das Centrum der Stirn ganz frei lassend. Innerhalb der Pigmentation sieht man vereinzelte cirkuläre, depigmentierte, weiſse, narbig-atrophische Stellen, deren Epidermis runzelig ist. Die Patientin erfreut sich im übrigen einer ausgezeichneten Gesundheit. Die Nasenspitze mit den erweiterten Blutgefäſsen läſst vermuten, daſs man es mit einem Falle von Lupus erythematosus zu thun habe. Doch zeigen die befallenen, pigmentierten Stellen nichts von einer erythematösen Natur.

Whitfield stellt einen 19jährigen, jungen Mann vor mit symmetrischen, kleinen Geschwüren an der Innen- und Aufsenseite beider Knöchel. Der Patient hatte um die Weihnachtszeit Scharlach und akuten Rheumatismus durchgemacht und bekam kurze Zeit darauf einen Ausschlag, den er als „Ekzem" bezeichnete. Derselbe war charakterisiert durch kleine purpurrote Flecke, in welchen sich oberflächliche Hämorrhagien befanden, daſs sie mit der Epidermis Blutkrusten bildeten, nach deren Abfallen kleine Geschwürchen zum Vorschein kamen. Der Vortragende bezeichnet den Fall als **ulcerierende Purpura**, die vielleicht in ursächlichem Zusammenhange mit der Ausscheidung von Scharlachtoxinen steht.

Rolleston demonstriert mikroskopische Präparate von einem erbsengroſsen, gestielten, aus der rechten Leistengegend eines 30jährigen, an infektiöser Endocarditis verstorbenen Mannes, excidierten Tumor. Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder sieht denselben, nach dem histologischen Bilde zu urteilen, als **Talgdrüsengeschwulst** an. *C. Berliner-Aachen.*

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. September 1898.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* Januar 1899.)

Ein Fall von Bromkaliumausschlag, von George T. Elliot. Ein 9 Monate altes Kind hatte gegen Bronchitis eine Bromkaliummixtur erhalten. Kurze Zeit darauf entstand der gegenwärtige Ausschlag, der nunmehr drei Monate besteht und von fungösem, papulopustulösem Typus ist. Ob die Eruption auf eine Elimination des Bromins auf die Haut oder auf die Produktion eines Toxins zurückzuführen ist, bleibt eine bisher noch nicht gelöste Frage.

Ein Fall von idiopathischer Hautatrophie, von O. H. Holder. Die ersten Hautveränderungen bei der 54jährigen, stark nervösen und an Schwindelanfällen leidenden Frau zeigten sich vor acht Jahren an der Dorsalfläche der rechten Hand. Seitdem hat die Atrophie die Streckseiten beider Hände und Ellenbogen und beider Beine ergriffen, jedoch die Fufssohlen verschont. Die gynäkologische Untersuchung der Patientin hat das Vorhandensein eines Dammrisses, einer Rectocele und Cystocele ergeben. Abgesehen von einem Ohrenflusse, den die Frau seit ihrer Kindheit hat, war die Gesundheit früher stets gut. Das Allgemeinbefinden hat auch jetzt unter der Hautkrankheit nicht gelitten.

Ein Fall von Dystrophie der Nägel, von P. A. Morrow. Die Affektion bei der jungen Frau hat die Nägel der Hände und Füfse befallen. Gleichzeitig leidet die Patientin an einem Ausschlage des Kopfes, der Achselhöhlen und der Beine und zwar mehr der Beuge- als der Streckseiten. Redner sieht diesen Ausschlag als Ekzem an, obgleich er Psoriasis vortäuscht und die Dystrophie der Nägel einen psoriatischen Charakter zeigt. — Bulkley und Allen empfehlen eine innerliche roborierende Be-

handlung mit Strychnin, Eisen oder Arsenik, ganz gleich ob die Dystrophie eine ekzematöse oder psoriatische sei.

Ein Fall von Morphoea, behandelt mit Elektrolyse, von ALLEN. Der junge Mann hatte einen Flecken am Kinn und einen anderen, welcher sich vom behaarten Kopfe abwärts an der Vorderfläche des Ohres vorbei bis zur Mitte der Wange erstreckte. Die Läsionen waren vor einem Jahre aufgetreten als erhabene und verdickte von einem charakteristischen violetten Rande umgebene Stellen, die man ebenso als Morphoea oder als lokalisiertes Sclerodermа auffassen konnte. Unter der Behandlung mit Elektrolyse trat eine auffallende Besserung ein.

Sitzung vom 25. Oktober 1898.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* Februar 1899.)

Ein Fall von sogenanntem Ekzem der Nägel, von G. T. JACKSON. Eine 30jährige Frau bekam einen Monat nach ihrer vor einem halben Jahre stattgehabten Niederkunft eine Affektion der Nägel, welche zuerst den Ringfinger der rechten Hand befiel und mit einer Schwellung, Rötung des Nagelblattes und der Umgebung begann. Nacheinander wurden die Nägel beider Hände ergriffen. Frei geblieben ist nur der Zeigefinger der rechten Hand. Die Zehennägel sind nicht erkrankt. Vor einigen Wochen bekam die Patientin ein Ekzem an beiden Handrücken. Die affizierten Nägel sind unregelmäfsig, glanzlos, wurmstichig, zeigen Längsfurchen. Die Ränder sind vom Nagelbett abgehoben.

FOX sagt, derartige Nagelaffektionen kämen zusammen mit Ekzem und auch ohne ein solches vor. Er möchte die Ursache in einer Ernährungsstörung der Nägel sehen. Die vorliegende Affektion habe für Ekzem nichts charakteristisches, weshalb auch die Bezeichnung „Ekzem der Nägel" nicht angebracht sei. — ALLEN dagegen meint, dafs diese Affektion der Nägel unter denselben Bedingungen entstehe, wie ein Ekzem der Hände oder Finger. — KLOTZ glaubt, dafs die Ernährungsstörung der Nägel im vorliegenden Falle das Resultat einer Entzündung der Haut und der umgebenden Gewebe sei und auf eine Infektion mit pyogenen Mikrobien zurückzuführen sei. Er empfehle für die Nacht die Applikation eines Salicylpflasters, wobei der Druck eine wichtige Rolle in der Behandlung spielen solle.

Ein Fall von Dystrophia der Nägel, von C. W. ALLEN. Seit einem Jahre etwa hat die Patientin eine Affektion der Nägel, welcher drei Finger der rechten Hand anheimgefallen sind. Der Rand der Nägel hat das Aussehen einer gewöhnlichen Paronychia. Um die Zeit des Beginnes der Erkrankung hatte die Patientin kein Ekzem an den Händen oder an anderen Körperstellen. Vortragender hat vor einigen Tagen einen Teil der erkrankten Nägel bis zur Matrix hin abgeschnitten, die übrig gebliebenen Teile gut mit einer 3%igen Methylenblaulösung gereinigt, worauf die umgebende Entzündung wesentlich nachgelassen hat.

Ein Fall von Psoriasis der Nägel, demonstriert von G. H. FOX. Der 60jährige Patient hatte seit 30 Jahren Psoriasis. Vor fünf Jahren erkrankten die Nägel beider Hände und Füfse. Bei den einen Nägeln schien die Krankheit ihren Ausgang von der Nagelmatrix, bei den anderen von den Nagelrändern aus zu nehmen. In einigen Nägeln ist eine halbmondförmige Vertiefung zurückgeblieben. — JOHNSTON, JACKSON und ALLEN halten es für wahrscheinlich, dafs es sich im vorliegenden Falle um eine Onychomykosis und nicht Psoriasis handele.

Sitzung vom 28. November 1898.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* Februar 1899.)

Ein Fall von Onychia, von H. H. WHITEHOUSE. Der Patient ist ein 31jähriger, kräftiger, sonst gesunder Mann. Seit zehn Jahren ist er mit der Fabrikation von

Eiscrême beschäftigt, wobei seine Hände starkem Temperaturwechsel unterworfen sind. Bei seiner Arbeit muſs er seine Hände bald in heiſses und gleich darauf in eiskaltes Wasser tauchen. Die Nagelaffektion begann jedoch erst vor einem halben Jahre am Mittelfinger der linken Hand und ergriff nacheinander den Ringfinger, Daumen und kleinen Finger. Gegenwärtig sind auch zwei Finger der rechten Hand befallen. Die Zehennägel waren nie erkrankt. Die Affektion beginnt an der Seite des Nagels mit einer halbmondförmigen, dunklen Entfärbung. Beim Weiterschreiten wird der ganze Nagel entfärbt, rauh, brüchig. Gelegentlich fällt er ab. Gleichzeitig besteht beträchtliche Entzündung an den Seiten und der Basis der Nägel.

Morrow hält es für wahrscheinlich, daſs die Affektion mit der Beschäftigung des Patienten zusammenhänge, wenngleich es auffallend sei, daſs die Krankheit erst so spät zum Ausbruch gekommen sei. Der Fall erinnere lebhaft an syphilitische Onychie und Paronychie. — Klotz und Bulkley sehen die Affektion als eine Folge lokaler Irritation an, während Bronson geneigt wäre, sie als Teilerscheinung einer Systemerkrankung aufzufassen. — Lustgarten hat wiederholentlich ähnliche Nagelaffektionen bei Köchen und Köchinnen auftreten sehen und sie auf eine Infektion mit oder ohne Eiterung zurückgeführt. Die Krankheit beginnt gewöhnlich im Nagelbett oder in der Nagelmatrix und breitet sich langsam aus.

P. A. Morrow demonstriert einen **Fall von Acne atrophica.** Ein junger Mann zeigt an beiden Vorderarmen und an der vorderen Fläche beider Oberschenkel zahlreiche, kleine atrophische Stellen. Dieselben beginnen gewöhnlich als Papeln, bisweilen als Bläschen zumeist in der Umgebung der Haarfollikel. Im weiteren Verlaufe sieht man im Centrum einen dunklen Pfropf. Die Efflorescenzen sind auſserordentlich langsam in ihrer Entwickelung und Evolution, verschwinden jedoch schlieſslich mit Hinterlassung einer Narbe. Als möglichen ätiologischen Faktor erwähnt Morrow die Thatsache, daſs der Patient ein Glasschleifer sei, dessen Haut bei der Arbeit beständig der Verletzung oder Reizung durch feine Glassplitter ausgesetzt sei. Der Patient hantiere auch bei der Arbeit mit einem Gemisch von Blei und Zinn, dessen Schaum zum Polieren des Glases benutzt wird. Dieser Schaum, der durch Kochen der Mischung entsteht, reizt die Haut auſserordentlich und ruft, wenn mit ihr in Kontakt, nach 10—15 Minuten ein starkes Erythem und scharfe Ätzung hervor.

Ein Fall von lokalisiertem Pruritus, demonstriert von H. H. Whitehouse. Der Patient ist ein 35jähriger, scheinbar gesunder Mann, der sich auch früher stets einer guten Gesundheit erfreut hat. Die Organe sind normal, die Verdauung gut; der Urin frei von Eiweiſs und Zucker. Seit acht Jahren leidet er an Juckanfällen, die bald diese, bald jene Körperstelle betreffen und bisweilen einen sehr intensiven Charakter annehmen. Der Patient ist nicht einen Augenblick frei von solchen umschriebenen Juckstellen. Bei der letzten Visite war das Jucken um ein Auge herum lokalisiert. Man sieht weder Röte noch Schwellung an irgend einer Stelle. Eine Ursache für den Pruritus lieſs sich nicht eruieren. Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder sieht die Krankheit als eine Neurose an.

Sitzung vom 20. Dezember 1898.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* April und Mai 1899.)

Ein Fall von doppelter extragenitaler Initialsklerose, von P. A. Morrow. Der Patient war ein junger Mann mit einem harten Schanker auf der Oberlippe und einem auf der Unterlippe. Der untere lag genau unterhalb des oberen, sodaſs es sehr wahrscheinlich ist, daſs der Schanker an der Unterlippe durch Autoinfektion infolge Kontakts mit dem Schanker an der Oberlippe entstanden ist. Die Submaxillar- und Sublingualdrüsen waren geschwollen.

Ein Fall von Verruca vulgaris von ungewöhnlicher Lokalisation, von P. A. Morrow. Vor einem Jahre haben sich kleine Warzen am Nagelrande des Mittelfingers der rechten Hand entwickelt. Nach und nach wurden die übrigen Finger und vor sechs Monaten auch die Finger der linken Hand befallen. Die Warzen sind lineär um den Nagelrand jedes Fingers angeordnet. Der Patient beschäftigt sich mit Ausbessern und Wiederfüllen von elektrischen Elementen; einige der Warzen sind jedoch früher aufgetreten, bevor der Patient diese Beschäftigung hatte. Vortragender glaubt, dafs die warzigen Efflorescenzen warzigen Ursprunges seien. Allen hat einen ähnlichen Fall gesehen und ist geneigt anzunehmen, dafs Warzen autoinokulabel seien. In therapeutischer Beziehung habe er mit einer Mixtur von Acidum aceticum, Sulphur und Glycerin, beständig appliziert, gute Resultate erzielt.

Ein Fall von möglicher Mischinfektion von Syphilis und Tuberkulose, von P. A. Morrow. Ein junger Arzt bekam im Beginn des Jahres 1898 am Mittelfinger der linken Hand einen harten Schanker. Am 10. Januar desselben Jahres hatte der Patient an einer Frau, die tuberkulös und vielleicht auch syphilitisch gewesen, die Autopsie vorgenommen und sich hierbei verletzt. Im März 1898 hatte er allgemeine Drüsenschwellung und einen schmerzhaften Rachen. Am Mittelfinger befand sich ein Geschwür mit schwammigem, siebförmigem Grunde, das der Behandlung hartnäckig trotzte. Gleichzeitig litt der Patient an einem quälenden Husten, klagte über allgemeine Schwäche, rapiden Gewichtsverlust und erhöhte Körpertemperatur in den Nachmittagsstunden. Landaufenthalt und der Gebrauch von Leberthran nach Sistierung der antisyphilitischen Behandlung besserten rasch das Allgemeinbefinden und stellten das alte Körpergewicht nahezu vollständig wieder her. In der letzten Zeit bekam der Patient Rötung, Schwellung der Nase mit oberflächlichen Geschwüren. Das Initialgeschwür bestand fort und führte zu einer Zerstörung und Abstofsung der entsprechenden Endphalanx. Vortragender fragt, ob es sich im vorliegenden Falle um reine Syphilis oder um eine Kombination von Syphilis mit Tuberkulosis handele. — Sherwell, der den Patienten behandelt hat, sieht den Fall als einfache Syphilis bei einem durch Hospitalaufenthalt und Anämie geschwächten Individuum an.

Einen Fall von Initialsklerose der Brustwarze demonstriert Allen. Vor neun Wochen zeigte sich bei der unverheirateten Patientin an der linken Brustwarze ein kleines Knötchen, das später geschwürig zerfiel. Der Grund des Geschwüres fühlte sich anfangs weich an. Einige Wochen später wurde die syphilitische Natur desselben deutlicher. Die Axillardrüsen sind stark geschwollen. Seit 24 Stunden ist ein Exanthem auf der Hautoberfläche der Brust rings um die erkrankte Brustwarze aufgetreten. An anderen Stellen jedoch ist von einem Ausschlag bis jetzt nichts zu sehen.

Ein Fall von Pityriasis rosea bei einem Kinde, von E. B. Bronson. Das 2½ Jahre alte Kind zeigt einen universellen Ausschlag von Pityriasis rosea. In der Familie ist ein ähnlicher Fall nicht vorgekommen.

Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von A. R. Robinson. Der Patient ist ein unverheirateter, 23jähriger junger Mann, dessen Hautaffektion vor sieben Jahren begann. Nur einmal während dieses Zeitraumes war sie für ein ganzes Jahr verschwunden. Zeitweilig besteht Jucken, das namentlich bei heifsem Wetter intensiv werden und dem Patienten die Nachtruhe rauben kann. Der Appetit ist nicht immer gut, die Zunge belegt und von bräunlicher Farbe, Stuhlgang häufig träge. Die Efflorescenzen sind in grofser Zahl über Gesicht und Körper verteilt; die jüngeren gleichen in Gröfse und Farbe papulösen Syphiliden; die übrigen sind pigmentiert. Reizung der Hautoberfläche mit einem stumpfen Instrumente bewirkt, dafs alle Efflorescenzen deutlicher hervortreten, dafs die Haut erythematös wird und starkes

Jucken vorhanden ist. Die Untersuchung des Blutes ergab nichts Abnormes. Der Urin enthält weder Eiweifs noch Zucker, dagegen viele Krystalle von exalsaurem Kalk.

Ein Fall von Erythema induratum, von E. B. Bronson. Die 16jährige Patientin zeigt einen Ausschlag, der im wesentlichen Bazins „Erythème induré des scrofuleux" gleicht; es sind jedoch weder Anzeichen von Struma noch von Tuberkulose vorhanden. Die Patientin ist kräftig, wohl genährt und auch nicht erblich belastet. Die einzelnen Efflorescenzen sind induriert, im Beginn mehr oder weniger subcutan gelegen und werden, wenn sie an die Hautoberfläche kommen, purpurrot. Bei warmem Wetter lassen sie ab bis zum Verschwinden, um mit der kalten Jahreszeit wieder aufzutreten. Die Affektion besteht fast unverändert seit sechs Jahren. Für Syphilis sind keine Anhaltspunkte vorhanden. *C. Berliner-Aachen.*

New Yorker Akademie der Medizin.

Sitzung vom 10. Januar 1899.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* April, Mai 1899.)

Über einen Fall von suppurativer Prostatitis, von Guiteras. Der Patient kam in die Klinik mit einer Urethritis, die ihm keine Schmerzen oder sonstige Beschwerden bereitete. Er urinierte wohl häufig. Der Urin enthielt grofse Mengen von Eiter, Prostatagewebe, Blut, Streptokokken und Gonokokken. Bei der rektalen Untersuchung konnte keine Prostata durchgefühlt werden. Der Patient wurde mit Harnröhrenirrigationen behandelt, bekam innerlich Harnantiseptica; aufserdem wurde die Stelle, wo die Prostata sich befinden sollte, massiert. Nach drei Wochen war noch keine Spur einer Prostata zu palpieren. Erst nach weiterer Massage kam sie zum Vorschein. Vortragender hat wiederholentlich kleine Prostatadrüsen unter Massage sich vergröfsern sehen. Er erkläre sich dies in der Weise, dafs die Prostatalappen durch Adhäsionen komprimiert, durch Massage die Adhäsionen gelöst, einige der Prostataläppchen frei würden und dann palpabel wären.

Manley demonstriert Präparate von 1. **Dermoidcyste des Testikels**, 2. **Gumma des Testikels**. Fall 1 betraf einen 61jährigen Zimmermann, welcher zehn Jahre zuvor von einer Leiter gestürzt war und sich hierbei am Scrotum verletzt hatte. Kurze Zeit darauf entwickelte sich eine leichte Schwellung, welche in den folgenden Jahren stetig zunahm. Der monströse Tumor, der den Patienten verhinderte, seiner Beschäftigung nachzugehen, reichte bis zum Knie herab. Eine explorative Punktion stellte die cystische Natur des Tumors fest. Derselbe wog 14½ Pfund. Es wurde eine freie Incision gemacht, der Inhalt entleert, der Sack gründlich ausgespült. Die rechte Wand desselben war sehr dick und knorpelig. Sie wurde allmählich von der Anheftung losgelöst. Der Patient genas vollkommen und konnte seitdem wieder unbehindert seine Arbeit verrichten. — Fall 2 betrifft einen Schiffskapitän, der sich durch einen Sturz vor drei Jahren ebenfalls am Scrotum verletzt hatte. Es entstand eine Schwellung, die wiederholentlich punktiert worden ist. Vor sechs Monaten begann der Testikel wieder zu wachsen; stellenweise bildeten sich kleine Geschwürchen, welche Eiter secernierten. Das Allgemeinbefinden des Patienten war nicht gestört. Die Anamnese ergab Anhaltspunkte für eine vor Jahren stattgehabte syphilitische Infektion. Der erkrankte Testikel wurde entfernt und mikroskopisch untersucht. Das Drüsengewebe war vollständig verschwunden und durch fibröses ersetzt. Die Frage, ob es sich um ein Gumma des Testikels im vorliegenden Falle gehandelt habe, bleibt unentschieden. (Weshalb ist keine Jodkaliumkur versucht worden? D. Ref.)

Chetwood demonstriert ein **Präparat von partieller Ossifikation der Corpora cavernosa** bei einem 55jährigen Manne, der an Diabetes litt und starb. Man

findet eine Analogie bei niederen Tieren, bei welchen knochiges Gewebe normalerweise im Penis vorkommt.

M. L. Harris-Chicago beschreibt und demonstriert ein **Instrument**, welches mit dem Hebel im Rectum oder in der Vagina derart eine Scheidewand im Blasengrund aufrichtet, dafs man mittelst eines doppelläufigen, in die Blase eingeführten Katheters **den Urin aus jedem Ureter gesondert auffangen** und damit die Diagnose der Erkrankung der einen oder anderen Niere mit Sicherheit stellen kann. — An die Demonstration schliefst sich eine sehr lebhafte Diskussion an, welche den Wert solcher Instrumente und die Gefahren ihres Gebrauches in helles Licht setzt.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band X, Heft 9 u. 10.

Beobachtungen bei einer vor 14 Jahren Nephrektomierten, von Lipman-Wulf.

Seltene Mifsbildung des rechten Orificium uretero-vesicale. Kongenitale Hydronephrose, von Delore und Carrel. Der 34jährige Patient war seit 48 Stunden mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite erkrankt, es bestand eine bedeutende Schwellung der rechten Lumbalgegend; die Anamnese war negativ; es wurde eine Incision gemacht, durch die eine grofse Menge übelriechender, mit Gasen untermischter Flüssigkeit entleert wurde; nach 24 Stunden starb der Kranke; bei der Sektion fand sich die rechte Niere in eine eitergefüllte Tasche umgewandelt, die mit der eröffneten perinealen Höhle in Verbindung stand. Der rechte Ureter war erheblich erweitert; es fand sich eine Einstülpung der Blasenwand in den Ureter. Nach Ansicht der Verfasser ist der Fall so zu erklären, dafs ursprünglich eine doppelseitige Hydronephrose bestand, aufserdem eine Entwicklungsmifsbildung an der rechten Uretermündung, bestehend in einer Erweiterung dieses Orificiums, soweit dasselbe innerhalb der Muskulatur der Blase lag. Durch die Blasenkontraktionen wurde diese dünne Stelle allmählich in den Ureter hineingedrängt; die so entstandene Schleimhauttasche verlängerte sich mehr und mehr und bildete so ein intrauretrales Divertikel; nun nahm die Hydronephrose weiter zu, die Niere atrophierte und damit nahm der im Ureter herrschende Druck ab; das Schleimhautorificium wurde verlegt und schliefslich kam es zur Ruptur der Niere.

Die Behandlung der nichtchirurgischen Entzündungs- und Erschlaffungszustände der Vorsteherdrüse, von P. Scharff. Verfasser zieht in den Kreis seiner Arbeit nur die durch Blennorrhoe und sexuellen Mifsbrauch hervorgerufenen Erkrankungen der Prostata; vor allem verdient Erwähnung die Beobachtung, dafs auch bei nicht infizierter Urethra sich bei fast allen Personen die einem für ihre Verhältnisse excessiven Geschlechtsgenufs gefröhnt haben, sich pathologische Verhältnisse der Prostata konstatieren lassen, die Veranlassung zu therapeutischen Mafsnahmen geben können; meist findet sich eine gleichmäfsige Vergröfserung der Drüse, entsprechend einer hochgradigen Kongestion. Verfasser bevorzugt die rektale Behandlung dieser Schwellung mit Jod, Ichthyol, Quecksilber, auch das Chlornatrium wird erwähnt; vor

allem wird vor starken Dosen gewarnt. An physikalischen Heilmitteln wird neben der Winternitzschen Kühlsonde vor allem der vom Verfasser modifizierte Arzbergersche Apparat, den er zur wechselthermischen Beeinflussung mit heifsem und kühlem Wasser eingerichtet hat, empfohlen; endlich findet die Massage, vor allem mit dem Finger direkt, ihre gebührende Würdigung; wo diese nicht ertragen wird, mufs das Feld durch den faradischen Strom geebnet werden. *F. Hahn-Bremen.*

The British Journal of Dermatology.

Band 11. Juli 1899.

I. **Ein Beitrag zum Studium der blastomycetischen Dermatitis**, von J. N. Hyde, L. Hektoen und A. D. Bevan. Die gegenwärtige Hautkrankheit begann bei dem 57jährigen, häufig an Kopfschmerzen, Stuhlverstopfung, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit leidenden Patienten vor fünf Jahren mit einem kleinen rötlichen Fleck auf dem rechten Bein, etwas unterhalb des Knies. Dieser Fleck dehnte sich stetig aus, bis er die ganze Vorderfläche des Unterschenkels bedeckte. Aus dem Flecken entwickelte sich ein schmerzhaftes, flaches, blutiges Geschwür, das erst nach langer Behandlung mit lokalen Applikationen und chirurgischen Eingriffen bis auf eine Stelle an der Innenfläche des Unterschenkels vollständig abheilte mit Hinterlassung einer dünnen, oberflächlichen, von einer Schuppe bedeckten Narbe. In einen ähnlichen Krankheitsprozefs wurde vor einem Jahre etwa der linke Daumen hineingezogen. Der rötliche, wohlbegrenzte, von einem bläulichroten Hofe umgebene, warzig aussehende, zunächst auf die zweite Phalanx beschränkte Fleck dehnte sich immer weiter aus, bis er die ganze Dorsalfläche des Daumens und schliefslich der ganzen Hand bis zum Handgelenk bedeckte. Die befallene Partie näfste und verbreitete einen üblen Geruch. Der Patient klagte zeitweilig über schmerzhaftes Brennen und stechende Schmerzen, die oft den ganzen Arm hinauf ausstrahlten. Die Finger der befallenen Hand wurden in der Folgezeit permanent in Flexionsstelluug gehalten, weil die Streckbewegung von schmerzhaften Empfindungen begleitet war. Gegenwärtig ist die Affektion wesentlich charakterisiert durch eine erhabene, infiltrierte, nässende, warzenartige, dunkelrote, von einem bläulichroten Hofe umgebene Masse. Die Diagnose würde zwischen Tuberculosis verrucosa cutis und blastomycetischer Dermatitis schwanken. Mütterlicherseits ist der Patient tuberkulös belastet. Mehrere Geschwister sind an Tuberkulose gestorben. Die mikroskopische Untersuchung von Partikeln der befallenen Stelle hat keine Tuberkelbacillen, dagegen einen Parasiten ergeben, welcher von Gilchrist und Stokes unter dem Namen „Blastomyces dermatidis“ beschrieben worden ist. Schnitte eines kleinen, von Dr. Bevan excidierten Hautstückchens zeigten ausgedehnte, neugebildete, epitheliale Massen, welche zahlreiche miliare Abscefschen enthielten. In einem derselben fanden sich zwei grofse, doppelt kontrurierte, runde Körper mit körnigem Inhalte. Sie liegen im Epithel und stets aufserhalb der Zellen. Sie färben sich am besten mit Methylenblau, haben einen Durchmesser von zwölf Mikren.

Im folgenden wird das Resultat der bakteriologischen Untersuchung mitgeteilt und dann ein Rückblick auf die bisherige einschlägige Litteratur geworfen.

In dem vorliegenden Falle, wie auch in einigen anderen publizierten Fällen hat Jodkalium eine sehr grofse Wirkung gethan, ohne dafs sich irgend ein Zusammenhang zwischen der in Rede stehenden Affektion und Syphilis ergeben hat.

Die Verfasser ziehen aus ihren Betrachtungen folgende Schlüsse:

1. Eine hinreichende Anzahl von publizierten und durch Experimente in ätiologischer Beziehung wohl charakterisierten Fälle berechtigt, die blastomycetische Derma-

titis als eine von allen anderen wohl unterschiedene Dermatose hinzustellen, welche allein auf die Invasion eines den Hefepilzen angehörigen, pflanzlichen Gebildes in die Haut zurückgeführt werden muſs.

2. Diese Affektion zeigt eine groſse Ähnlichkeit mit gewissen Formen von Hauttuberkulose. Eine genaue histologische wie bakteriologische Untersuchung wird die Diagnose sichern.

3. Die innerliche Verordnung von Jodkalium ist in jedem Falle blastomycetischer Invasion des Versuches wert.

II. **Fünf Fälle von Hauteruptionen, welche im Verlaufe von Nephritis aufgetreten sind,** von Lindley Scott. Nach einigen einleitenden Bemerkungen zur einschlägigen Litteratur beschreibt der Verfasser fünf Fälle, welche im Charing Cross-Hospital zur Beobachtung gelangt sind. Weder die Krankengeschichte noch die frühere Behandlung hatte irgend etwas ergeben, was den Ausbruch einer Hautaffektion erwarten lieſs. Im Beginn nahm der Ausschlag gewöhnlich die Form eines papulösen Erythems an. Die Papeln waren zuerst einzelnstehend, zeigten jedoch die Tendenz zu konfluieren. Brust und Arme wurden gewöhnlich zuerst befallen, später die Beine, das Abdomen, schlieſslich der ganze Körper. Nach einer Woche begann der Ausschlag zurückzugehen und einer Desquamation Platz zu machen, die in Produktion von feinen, dünnen, groſsen Schuppen bestand, wie man sie bei universeller Dermatitis exfoliativa sieht. In einem der Fälle war der Ausschlag teilweise quaddelartig, in einem anderen waren die Papeln petechial, und bei einem dritten Fall bildeten sich an Stellen, die starker Reibung durch die Kleidung ausgesetzt waren, Bläschen. Im Falle 1 war die Hautaffektion von einer allgemeinen exfoliativen Dermatitis kaum zu unterscheiden. Vier von den fünf Fällen verliefen letal.

Ein von Galloway publizierter Fall von universeller, exfoliativer Dermatitis in Verbindung mit Alkaptonurie läſst den Verfasser vermuten, daſs auch in den vorliegenden Fällen die erythematösen, urticariaartigen Ausschläge, welche Neigung zeigten, in Dermatitis exfoliativa überzugehen, eher auf die Anwesenheit reduzierender Substanzen im Blute als eine urämische Vergiftung zurückzuführen seien.

III. **Dermatitis herpetiformis.** Eigene Erfahrungen, aufgezeichnet von Dr. X. Der anonyme Verfasser hat über seine Krankheit bereits im Jahre 1897 ausführliche Mitteilungen gemacht (vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 24. S. 573). Die vorliegende Arbeit bildet eine Fortsetzung dazu. Mit einer bewundernswerten Beobachtungsgabe schildert der Verfasser die auffallende Besserung der Krankheit während wiederholter Malaria-Attacken und anderer interkurrenter Störungen des Wohlbefindens, nach deren Ablauf jedoch die Hautaffektion wiederzukehren pflegte. Erst seitdem der Verfasser vom 22. Oktober 1897 an regelmäſsig Arsenik in steigender Dosis einnahm, trat nachhaltige Besserung bis zur völligem Verschwinden der Affektion ein.

IV. **Symmetrische, ödematöse Schwellungen im Gefolge von Basedowscher Krankheit,** von Howard Morrow-San Francisco. Eine 45jährige, nervöse, an nicht sehr stark ausgeprägter Basedowscher Krankheit leidend, bekam im Anschluſs an die Entbindung genau symmetrische, harte Schwellungen zuerst über den Knöcheln, später im Gesichte, namentlich unter beiden Augenlidern, dann an verschiedenen, jedoch symmetrischen Stellen beider Unterschenkel. Die Schwellungen sind scharf begrenzt, fühlen sich hart an und zeigen auf Druck keine Vertiefungen. Dem Anscheine nach nehmen sie die Cutis und das subcutane Gewebe ein und bieten die charakteristischen Veränderungen der Elephantiasis dar. Sie sind durch Monate hindurch in ihrer Ausdehnung stationär geblieben. — Die Patientin klagt über häufiges Herzklopfen und Zittern der Hände. — Dagegen verursachen ihr die Schwellungen keinerlei subjektive Empfindungen. Im Urin fand sich weder Eiweiſs noch Zucker.

Während solide ödematöse Schwellung im Gefolge der Basedowschen Krankheit keine seltene Erscheinung ist, ist die symmetrische Verteilung immerhin ungewöhnlich.

Band 11. August 1899.

I. **Nagelerkrankungen mit besonderer Beziehung auf ihre symptomatische Bedeutung**, von Jonathan Hutchinson. Nagelerkrankungen treten nicht selten als Begleiterscheinung fieberhafter Krankheiten auf. Bekannt ist in dieser Beziehung die Querfurchung der Nägel, die nach der Ansicht des Verfassers normaler Weise in dicken Nägeln begründet ist. Wenn, wie dies meistens der Fall ist, die Nägel dünn und spärlich sind, dann ist keine Nagelsubstanz da, in welcher sich Querfurchen bilden könnten. Dagegen zeigen die Nägel der an akuten, fieberhaften Krankheiten, z. B. Pneumonie, Typhus u. a., leidenden Personen eine Tendenz, Querfurchen zu bilden. Gewöhnlich beginnt dies beim Daumennagel, schreitet zum Nagel des Zeigefingers weiter und so fort bis zu dem des kleinen Fingers. Zuweilen finden sich in solchen Fällen an einzelnen Fingern Querfurchen, an anderen nur weiſse Linien als Zeichen von Ernährungsstörungen. Eine Frau erlitt zwei Attacken von Hemiplegie. Bei der einen bildeten sich Querfurchen, bei der anderen Ecchymosen in den Nägeln. Die Ecchymosen saſsen dicht an der Lunula, schritten mit dem Wachstum des Nagels gegen den Nagelrand vorwärts, um dann mit dem Nagelende selbst zu verschwinden. — Verfasser berichtet sodann über einige eigentümliche Fälle, bei denen sich unter dem Einflusse von Ernährungsstörungen an der Nagelwurzel vertikale Linien bildeten. Einzelne dieser Patienten erfreuten sich im übrigen einer ganz vorzüglichen Gesundheit. In einem Falle war die Nagelaffektion kombiniert mit Lupus, in einem anderen hatte der Patient zehn Jahre zuvor sich syphilitisch infiziert, aber zur Zeit des Ausbruches der Nagelkrankheit seit Jahren keinerlei luetische Erscheinungen mehr gezeigt. Verfasser erörtert im folgenden die Frage, welchen Zustand von Nagelkrankheit man als Psoriasis der Nägel bezeichnen solle. Nach den Beobachtungen, die Verfasser durch Jahre hindurch an Patienten mit Nagelerkrankung und gleichzeitig bestehender typischer Psoriasis des Körpers gemacht hat, handelt es sich bei jener mehr um eine Entzündung des Nagelbettes als des Nagels selbst. Unter dem Einflusse derselben beginnt am freien Ende oder an den Seiten des Nagels eine Loslösung desselben von seinem Nagelbette. Zuweilen häuft sich zwischen Nagel und Nagelbett Epidermis an; der Nagel selbst bleibt intakt, glatt und zeigt weder Verdickung noch Brüchigkeit. Inzwischen schreitet die Loslösung weiter fort, zuweilen bis zu vollständigem Abfallen des Nagels. Gegen Psoriasis der Nägel hat sich Arsenik, längere Zeit hindurch gegeben, wohl bewährt.

Das Ekzem der Nägel ist meistens charakterisiert durch Veränderungen in der Beschaffenheit der Nägel selbst, so durch unregelmäſsige Unebenheiten der Oberfläche, welche an der Nagelmatrix ihren Anfang nehmen, später durch Längsfurchen. Nicht selten trifft man Zustände an, bei denen die Diagnose, ob Ekzem oder Psoriasis, zweifelhaft sein kann. Die Anamnese wird dabei entscheidend sein.

Bei der Akromegalie kommt es vor, daſs die überaus vergröſserten oder verdickten Finger keine Vergröſserung des Nagels zeigen.

Mannigfaltig, wie die syphilitischen Produkte auf der Haut, sind auch die syphilitischen Erkrankungen des Nagels. Bald findet man Psoriasis, bald Verdickung des ganzen Nagels, der brüchig wird im weiteren Verlaufe. Bisweilen sieht man Erosion der Nageloberfläche, ausgehend von der Lunula. Nicht selten trifft man Entzündung des Nagelbettes an, die den Nagel selbst ergreift und schlieſslich zerstört.

Diskussion über dieses Thema.

(Dermatologische Gesellschaft von Groſsbritannien und Irland. Ibid. S. 329.)

Dr. Eddowes glaubt, dafs man Psoriasis des Nagels auch ohne gleichzeitig bestehende Psoriasis des Körpers diagnostizieren oder wenigstens den Ausbruch einer solchen voraussagen kann. Der Zustand beginnt oft als eine rote Linie im Nagelbett, dicht am freien Rande eines Nagels und parallel demselben.

Dr. Stopford-Taylor hält dagegen die Diagnose der Psoriasis lediglich aus dem Aussehen des Nagels für sehr schwierig. Redner berichtet über einige hartnäckige Fälle, welche erst durch Entfernung der Nägel geheilt wurden. Auch bei vielen parasitären Nagelaffektionen hält er die radikale Beseitigung des Nagels für zweckmäfsig. In 14 Tagen ist der Patient im stande, seiner Beschäftigung nachzugehen, und in 6 Monaten sind neue, gesunde Nägel wiedergewachsen.

Dr. Pernet berichtet über einen Fall von Cyanosis der Nägel bei angeborenem Herzfehler.

Dr. Savill vermifst in den Ausführungen Hutchinsons einige Beobachtungen über den Einfluſs von Nervenläsionen auf die Nägel. Er habe einige Fälle aus der Litteratur gesammelt. In einem zeigten sich bei Trennung des Nervus medianus an Fingern Querrisse und beträchtliche Verdickung des Nagels. Nicht immer rufen diesen Zustand Verletzungen des Nervus medianus hervor. Von Interesse ist, dafs, wenn sich ein Einfluſs von Läsionen oder trophischen Störungen im Bereiche des Nervus medianus auf die Nägel zeigt, diese dann sämtlich ohne Ausnahme erkranken.

II. **Ein Fall von Syphilis mit frühzeitig auftretenden tertiären Erscheinungen,** von Arthur Powell. Ein 42jähriger Mann infizierte sich am 3. Oktober 1898; am 23. entwickelte sich am inneren Vorhautblatte ein Knötchen, das einige Tage später geschwürig wurde. In den ersten Tagen des November entstanden mehrere harte Schanker. Die Leistendrüsen waren geschwollen, hart, indolent. Auf dem Dorsum penis konnte man einen festen Lymphstrang fühlen. Am 1. Dezember zeigte sich ein allgemeines Roseolenexanthem mit weifsen Plaques in der hinteren Mundhöhle; am 5. Dezember einige Papeln, die sich rasch in Rupiageschwüre umwandelten. Am 9. Dezember konnte man 15 Geschwüre an den oberen und unteren Extremitäten und am Körper wahrnehmen. Am 15. Dezember, also 52 Tage nach dem Auftreten der ersten Anzeichen von Schanker, hatten sich ziemlich symmetrisch auf beiden Seiten in den Wadenmuskeln vier Gummata entwickelt, ein fünftes Gumma am Dorsum penis, ein sechstes später auf der Vorhaut. Zwei der Gummata vereiterten, während die übrigen unter Quecksilbereinreibungen resorbiert wurden.

An die Krankengeschichte schliefst der Verfasser allgemeine Bemerkungen über die Virulenz einer Infektion. Dieselbe hängt ab: 1. von der Qualität oder der Virulenz des Giftes; 2. von der Quantität oder der Dosis des Giftes; 3. von der Beschaffenheit des Bodens, von der Idiosynkrasie oder der Widerstandsfähigkeit des Individuums.

Verfasser glaubt, dafs in dem vorliegenden Falle alle Bedingungen zusammengetroffen sind, um die Infektion als eine stark virulente zu gestalten.

C. Berliner-Aachen.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1899. Heft 9.

Die Veränderungen in der Behandlung der Syphilis mit Hg-Einreibungen innerhalb dieses Jahrhunderts, von L. Schuster-Aachen. Die Wandlungen, die die Schmierkur im Laufe des abrollenden Jahrhunderts erfahren hat, ziehen hier in grofsen Umrissen an uns vorüber. Liefs man in früheren Zeiten so lange Quecksilber einreiben, bis starker und anhaltender Speichelfluſs eintrat, so erhob sich mit Anfang unseres Jahrhunderts hiergegen Widerspruch, der zuerst von der Schule in Montpellier

ausging. Derselbe fand aber nicht die genügende Beachtung, bis die fürchterlichen Zerstörungen des Merkurialismus fast gleichzeitig in Deutschland, England und Frankreich dazu führten, das Quecksilber aus der Syphilistherapie ganz zu verbannen, indem man es beschuldigte, die Ursache für die Spätsymptome der Syphilis zu sein. Erst Sigmund hat dann dem Merkur wieder zu seinem Recht verholfen und eine milde Schmierkur, wie sie noch heute geübt wird, eingeführt. Indessen bekam auch die landläufige Theorie von der Wirkungsweise des Quecksilbers einen tüchtigen Stofs. Hatte man früher allgemein angenommen, das Metall dringe durch die Epidermis in die Cutis und gelange von hier aus in die Blut- und Lymphbahn, so machten sich nunmehr Stimmen geltend (Kirchgässer 1865), die, gestützt auf Experimente, behaupteten, die Haut sei für das Element undurchlässig, dieses verdampfe vielmehr bei der Einreibung und gelange mittelst der Atmung in den Organismus. Diese Ansicht, obschon bald als einseitig und ungenau erkannt, hat doch eine neue Syphilistherapie gezeitigt, die namentlich von Welander und Neisser ausgebildet ist. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt jetzt nicht mehr in der Einreibung; es soll vielmehr dem Kranken Gelegenheit geboten werden, recht viel Hg-Dämpfe einzuatmen. Welander empfiehlt zu diesem Zweck das Tragen von Quecksilbersäckchen, womit er sehr gute Erfolge erzielt haben will. Neisser hat zwar das Bestreichen der Haut mit Quecksilber beibehalten, trägt aber Sorge, dafs recht viel davon verdunstet und eingeatmet wird. — An dieser neuesten Therapie übt der erfahrene Autor eine sachliche Kritik und schliefst mit einer Schilderung der Schmierkur, wie sie von ihm in Aachen geübt wird. An Stelle der grauen Salbe verwendet er eine Seife, deren jetzige Formel — sie hat im Laufe der Jahre mancherlei Veränderungen erfahren — hier Platz finden möge:

Hydrarg. depur.	33⅓ %
Sapon. oleos. albissim. pulv.	12⅔ % (Pharmakopoea holland.)
Sebi filtrat.	18 %
Adipis filtrat.	36 %.

Lepra, Ladrerie, Maladie, Aussatz, Spedalskhed, Meluatschheid, Scrofule, Psoriasis, von Adrien Timmermans. In dieser philologischen Skizze untersucht T. in seiner geistreichen und gelehrten Weise die verschiedenen Bezeichnungen, zu denen die Lepra je nach ihren Symptomen in den verschiedenen Ländern gekommen ist und führt weiter aus, wie man dann wieder mit dem Begriff des Leprösen als eines Unglücklichen, eines Elenden, eines Gemiedenen, eines Landstreichers und Diebes ganz andere Bedeutungen verbunden hat. — Lepra ist griechischen Ursprungs (λεπρα) und bedeutet hier die Schuppe; Lepra also = schuppende Hautkrankheit. Ladre und Ladrerie weisen ein noch älteres Geschlecht auf. T. leitet nämlich das Wort von dem biblischen, mit Geschwüren bedeckten Lazarus ab. Lazarus ist nur eine Abkürzung für den alttestamentlichen Namen Eliezer. Aus Lazarus ist später Ladrus geworden. Lazarus oder Ladrus wurde der Schutzheilige aller Hautkranken, seinen Namen übertrug man später auf seine Schutzbefohlenen, die nun „Ladre" genannt; das Haus in dem alle Kranken, und vorzugsweise die Aussätzigen, gepflegt wurden, hiefs „Ladrerie" oder Lazareth. Von mal Ladre = mal Saint-Lazare leitet T. auch das französische „Malade", „Maladie" ab und bringt dafür wertvolle Belege. — Des Weiteren führt der Verfasser aus, wie der Lepröse — durch eine harte Gesetzgebung früherer Jahrhunderte — recht- und besitzlos, arm, elend, miser wurde und sich demnach auch in Frankreich als „Mesiaus", seine Zufluchtsstätte als „Misellerie" bezeichnete; daher das frühere deutsche „Miselsucht" für Aussatz. Aus dem Rechtlosen entwickelte sich dann der Landstreicher, der Räuber und Mörder und auch die Unterschiebung dieses Sinnes mufsten sich das Wort ladre, seine Abkömmlinge und seine

Synonyma gefallen lassen. — Der gelehrte Verfasser spricht in seiner Abhandlung wiederholt die Hoffnung aus, eine nahe Zukunft werde uns eine ätiologische Benennung aller möglichen Krankheiten bringen; statt Lepra z. B. Hansensche Bakterionose. Ob wir dieses Geschenk wirklich von der Bakteriologie erwarten dürfen?

Ein Fall von wechselnder Lähmung der oberen Körperhälfte während des zweiten Stadiums der Syphilis, von A. Bayet-Brüssel. Der 52jährige Patient, den diese Beobachtung betrifft, erwarb sich im November — vermutlich beim Barbier — seinen Schanker. Derselbe safs an der rechten Seite der Unterlippe. Am 18. Februar des nächsten Jahres wurde zuerst Roseola beobachtet; am Abend desselben Tages trat Lähmung auf. Dieselbe betraf den linken N. facialis und den rechten Arm; an dieser Extremität bestand Analgesie und thermische Anästhesie; die übrigen nervösen Funktionen sind erhalten. Der Geschmack ist in der ganzen Mundhöhle aufgehoben. Der M. rectus externus des linken Auges scheint gelähmt; daneben besteht eine konzentrische Einengung des ganzen Gesichtsfeldes. Bei geeigneter Behandlung bildeten sich sämtliche Symptome bis auf die Lähmung des Rectus externus wieder zurück. — Verfasser teilt den Standpunkt derjenigen Autoren, die derartige Lähmungen nicht als zufällige Komplikationen betrachten, sondern sie als eine syphilitische Wirkung gelten lassen. Für das Zustandekommen der Lähmung nimmt er in seinem und in ähnlichen Fällen eine Intoxikation an; eine mehr mechanische Ursache durch Kompression von Nervenstämmen in den engen Kanälen des Schädels hält er hier für ausgeschlossen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1899. Heft 7.

1. **Neue Untersuchungsmethoden zur Diagnose der Nierensteine**, von Albarran. In den letzten Jahren wurden drei neue Untersuchungsmethoden zur Diagnose der Nierensteine angegeben: die Phonendoskopie, die Cystoskopie mit oder ohne Katheterisierung der Ureteren und die Radiographie. Die Phonendoskopie hat sich bei der Untersuchung auf Nierensteine nicht bewährt. Dagegen hat die Cystoskopie grofsen diagnostischen Wert: ergiebt die Inspektion gewisse eigenartige Differenzen im Aussehen der beiden Ureterenmündungen, so kann dadurch im Vereine mit den klinischen Symptomen die Diagnose eines Nierensteines sicher gestellt werden; insbesondere aber kann durch solche Unterschiede die Frage, in welcher Niere ein bereits diagnostizierter Stein sitzt, entschieden werden. Überdies ermöglicht die Katheterisierung der Ureteren in einzelnen, allerdings sehr seltenen Fällen, eine absolut sichere Diagnose, wenn nämlich der Katheter den Urin direkt berührt. Übrigens ist die Cystoskopie nur in solchen Fällen möglich, in denen die Blase eine genügend grofse Kapazität besitzt; die Katheterisierung der Ureteren darf nur bei vollständig gesunder Blase ausgeführt werden. Die auf die Radiographie gesetzten Hoffnungen bezüglich der Sicherstellung der Diagnose von Nierensteinen haben sich nur zum Teile erfüllt. Nur die Oxalate, sowie die Phosphat- und Karbonatsteine sind für die Röntgenstrahlen undurchgängig; dagegen hat die Radiographie in allen Fällen von Harnsäuresteinen mit Ausnahme eines einzigen Falles versagt. Und gerade bei diesen wäre ein sicheres diagnostisches Hülfsmittel nötig; denn sie geben am häufigsten von allen Nierensteinen zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung. Der negative Ausfall einer radiographischen Untersuchung ist demnach kein sicherer Beweis für das Nichtvorhandensein eines Nierensteines.

2. **Infektion der Urethra und Prostata, verursacht durch einen eigenartigen Mikroorganismus**, von Noguès und Wassermann. Bei einem Manne, der

nie an Blennorrhoe gelitten hatte, traten Schmerzen am Perineum und in der Analgegend und wenige Tage später ein mäfsig starker Ausfluſs aus der Urethra auf; Schmerzen beim Urinieren, schmerzhafte Erektionen waren nicht vorhanden; die Zahl der Urinentleerungen war vermehrt. Der Urin war klar, enthielt aber zahlreiche Fäden; der nach einer Prostatamassage entleerte Urin wies eine deutliche Trübung auf. Die Affektion wurde nach anderthalbjährigem Bestande durch eine einzige Spülung der hinteren Harnröhrenpartie mit Argentum nitricum-Lösung zur Heilung gebracht; die Spülung wurde in der Weise vorgenommen, daſs die Spitze eines Katheters bis hinter den Sphinkter eingeführt und durch den Katheter kleine Quantitäten der Lösung mit ziemlicher Kraft in die Urethra eingespritzt wurden. Diese Methode ist bei Infektion des Prostatateils der Urethra weitaus die wirksamste. Die Untersuchung des nach einer Prostatamassage entleerten trüben Urins ergab das Vorhandensein einer Reinkultur von Diplokokken, die sich nach der Gramschen Methode entfärbten und die gröſste Ähnlichkeit mit den Gonokokken besaſsen, jedoch durch ihre kulturellen Eigentümlichkeiten mit Sicherheit von den Gonokokken unterschieden werden konnten. Dieses Faktum beweist wieder, daſs die Gonokokken eine spezifische Individualität besitzen, daſs sie stets von den ihnen ähnlichen Diplokokken unterschieden werden können, und daſs die Hypothese von den Pseudogonokokken durch nichts gerechtfertigt ist. Unter den bisher beschriebenen nach der Gramschen Methode sich entfärbenden Diplokokken ist — vielleicht mit Ausnahme des von Hegge beschriebenen — keiner, dessen morphologische Charaktere und kulturelle Eigentümlichkeiten vollkommen identisch sind mit denen des hier beschrieben Diplococcus.

3. **Einführung der zur Lithotripsie notwendigen Instrumente unter Leitung eines vorher eingeführten Katheters,** von Duchastelet. Beitrag zur Technik der Lithotripsie in Fällen, in denen die Einführung der notwendigen Instrumente in der gewöhnlichen Weise unmöglich ist. Zum Verständnis der Arbeit sind die beigegebenen Abbildungen unumgänglich nötig; es kann daher hier nur auf das Original verwiesen werden.

4. **Ein Fall von Lithotripsie, bei welchem die Blase ausschliefslich durch die Wirkung eines Antipyrinklystiers vollkommen empfindungslos war,** von Duchastelet. Einem Patienten, der einer Lungenaffektion wegen nur im äufsersten Notfalle chloroformiert werden sollte, wurde, um die Reizbarkeit der Blase herabzusetzen, 3/4 Stunden vor Beginn der Lithotripsie ein Antipyrinklystier gegeben (Antipyrin 1,5, Tct. Opii croc. gtt. X, Aq. dest. 100,0). Dieses Klystier nun hatte eine absolute Unempfindlichkeit der Blase zur Folge: der Kranke verspürte während der mehr als eine halbe Stunde dauernden Operation keinerlei Schmerzen, die gefürchteten Blasenkontraktionen blieben vollständig aus. Der Fall beweist, daſs zur Ausführung der Lithotripsie nicht immer allgemeine Anästhesie notwendig ist. Die Einführung von Antipyrin per rectum scheint, soweit eine Beobachtung eine Schlufsfolgerung erlaubt, dauernder und intensiver zu wirken als Injektion von Antipyrinlösung in die Blase selbst.

1899. Heft 8.

1. **Bemerkung über den Antagonismus zwischen Bacterium coli und den anderen Harnbakterien,** von Krogius und Wallgren. Der Sturm, den Rovsings Arbeiten „Über die Rolle des Bacterium coli in der Pathologie der Harnwege“ und „Klinische und experimentelle Studien über die infektiösen Krankheiten der Harnwege“ heraufbeschworen, hat sich immer noch nicht ganz gelegt. Die vorliegende Arbeit wendet sich gegen die Behauptung Rovsings, daſs infolge der üppigen Entwickelung und des numerischen Übergewichts von Bacterium coli das Auffinden anderer gleichzeitig im Urin vorhandener Mikroorganismen erschwert oder unmöglich

ist, und dafs Bacterium coli diese anderen Harnbakterien tötet und zerstört. Dagegen behaupten die Verfasser auf Grund ihrer Untersuchungen und Experimente, dafs bei regelrechter Anwendung der gewöhnlichen bakteriologischen Untersuchungsmethoden durch die Anwesenheit von Colibakterien die Konstatierung anderer gleichzeitig vorhandener Harnbakterien durchaus nicht verhindert wird, und dafs die Colibakterien durchaus keine diletäre Wirkung auf die anderen Harnbakterien ausübten. Die Verfasser erklären die Rovsingsche Theorie über den Antagonismus zwischen Bacterium coli und den anderen Harnbakterien für eine vollkommen unbegründete und haltlose These.

2. **Studie über die Cystinurie**, von Morigne. (Fortsetzung im nächsten Heft.)

3. **Ein Fall von Bakteriurie**, von Lée. Der Verfasser beobachtete bei einem Neurastheniker mit chronischer Entzündung der hinteren Harnröhrenpartie eine starke pulverförmige, durch eine Reinkultur von Bakterien verursachte Trübung des Urins: die morphologischen Charaktere dieser Bakterien waren die eines Staphylococcus. Kulturen konnten nicht angelegt werden. Blase und Nieren waren gesund; der Urin hatte keinen foetiden Geruch. Ihren Ursprung hatte diese Staphylokokkenbakteriurie augenscheinlich in der infizierten Pars prostatica urethrae.

4. **Bemerkung über einen Fall von Lithotripsie bei einem 82jährigen Greise**, von Banzet. Bei einem 82jährigen Manne, der eine alte Harnröhrenstriktur, chronische komplete Retention, chronische Cystitis und Prostatahypertrophie hatte und überdies an Arteriosklerose, Lungenemphysem und chronischer Bronchitis litt, mufste wegen eines voluminösen Blasensteines, der heftige Blutungen und Schmerzen verursachte, die Lithotripsie gemacht werden. Eine halbe Stunde vor Beginn der Operation wurde, um die Empfindlichkeit der Blase herabzusetzen, ein Antipyrinklystier gegeben (Antipyrin 1,5, Tct. Opi. enoc. gtt. VI, Aq. dest. 125,0). Dieses Klystier bewirkte vollständige Anästhesie der Blase. Während vorher die Einführung von mehr als 60 g Flüssigkeit in die Blase absolut unmöglich gewesen war, konnten jetzt leicht 160 g injiziert werden. Unter Verabreichung minimaler Mengen von Chloroform (es wurden im ganzen 5—6 g gegeben) wurde nun die Operation ausgeführt: der Kranke, der bei vollem Bewufstsein blieb, verspürte nicht die geringsten Schmerzen, Blasenkontraktionen traten nicht auf. Der Verlauf war ein tadelloser; nach 48 Stunden konnte der Patient zeitweise das Bett verlassen. Der Fall beweist zunächst die grofsen Vorzüge der Lithotripsie vor der Cystotomie; die letztere wäre in dem gegebenen Falle mit all seinen Komplikationen nicht ausführbar gewesen. Der Verlauf der Operation zeigt ferner deutlich, dafs die Verabreichung eines Antipyrinklystiers ein hervorragendes Anästheticum für die Blase ist und wenigstens in manchen Fällen eine allgemeine Narkose überflüssig macht (s. vorhergehende Seite).

Götz-München.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1899. Heft 3.

Über den dermato-venerologischen Unterricht in Italien, von Tommasoli. Auf eine diesbezügliche Anfrage beim Ministerium des öffentlichen Unterrichtes antwortete Baccelli, unter Hinweis auf die Schwierigkeiten einer Ausdehnung des obligatorischen Besuches der dermosyphilidologischen Klinik, dafs auf ein solches Verlangen von Seiten der Centralregierung nur dann eingegangen werden könnte, wenn in diesem Sinne gemeinsame Schritte von Seiten auch der anderen Kliniker im Spezialfache gethan würden. Die Schwierigkeiten bestehen darin, dafs durch diese Änderung im bestehenden Reglement einerseits an die Studierenden gröfsere Anforderungen gestellt würden und anderseits unter den anderen Klinikern eine Be-

wegung im Sinne einer Verlängerung der Studienzeit hervorgerufen werden könnte. Dementsprechend wiederholt Tommasoli seinen Aufruf an die Fachkollegen.

Experimenteller Beitrag zum Studium der Toxine des Gonococcus, von R. Panichi. Die reizende Wirkung, welche von den Ausscheidungsmaterialien des Gonococcus auf die Schleimhaut der Urethra ausgeübt wird, ist hauptsächlich den Toxinen dieses Pilzes zuzuschreiben; der abgestorbene Mikroorganismus hat daran keinen oder doch nur einen äufserst nebensächlichen Anteil. Eine Harnröhre die fast oder gar nicht mehr durch entzündliche Erscheinungen auf den Gonococcus reagiert, erweist sich immer noch als empfindlich gegenüber den Toxinen dieses Pilzes die lokal appliziert werden. Eine mehr oder weniger intensive Reaktion auf die blennorrhoisch entzündete Urethra beobachtet man in jeder Periode der Blennorrhoe.

Eine Vermehrung der durch Injektion von toxinreichen Substanzen künstlich hervorgerufenen Entzündung der Urethra übt nicht nur keinen schädlichen Einfluſs aus auf den Verlauf des entzündlichen Prozesses, sondern es scheint vielmehr, daſs die Wiederholung derartiger Injektionen von einer heilsamen Wirkung gefolgt wird. Werden dagegen die Injektionen in gröſseren Zwischenräumen gemacht, so erhält sich die Entzündung in ungeschwächter Weise; es scheint sich danach um eine wenn auch auſserordentlich kurzdauernde Adaptation oder Immunisation der Harnröhre zu handeln. Die Toxine des Gonococcus können in diagnostischer und therapeutischer Richtung Verwertung finden.

Bakterienformen im Blute der Syphilitiker, von Leo Levi. Verfasser beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Untersuchung des Blutes von Syphilitikern. Je nachdem es sich um frische oder ältere Fälle handelt, hat er sehr verschiedene Formen konstatieren können: sehr kleine, fast runde Kokken; längere, bacillenförmige; noch gröſsere, ebenfalls stäbchenförmige aber mit geschlängelten Konturen und infolge dessen wie aus einer Reihe der obengenannten Bakterien zusammengesetzt aussehend; zu zweien oder vieren vereinigte Diplokokken. Diese Bakterien schwimmen frei im Blute herum oder sie sind in roten und weiſsen Blutkörperchen eingeschlossen. Die Dimensionen dieser Mikroorganismen variieren je nach der Dauer der Erkrankung: während sie nämlich in frischen Fällen kaum ein Drittel der Länge eines Tuberkelbacillus erreichen, erweisen sie sich als doppelt so lang und breit als dieser, wenn die Syphilis schon längere Zeit dauert, sowie auch in Fällen von sogen. latenter Syphilis. Auſser im Blute hat Verfasser diese Bakterienformen auch in Papeln und Syphilomen gefunden. Er ist bei seinen Untersuchungen mit der gröſsten Sorgfalt vorgegangen, wodurch der Verdacht als könnte es sich um zufällige von auſsen herrührende Bakterien handeln, ausgeschlossen erscheint.

Über die leprösen Erytheme und Phlebitiden, von L. Philippson. Entgegen der Ansicht anderer Autoren, daſs die sogen. erythematischen Läsionen bei der Lepra bloſs angioneurotische Prozesse darstellen, hat P. früher schon und nun neuerdings auf Grund von vier Fällen den Nachweis geleistet, daſs es sich dabei um eigentliche Entzündungsprozesse handelt, mit Leukocytenauswanderung und nicht nur serösem sondern auch fibrinösem Exsudate. Bei drei derartigen Läsionen hat er auſserdem Thrombosen der Venen konstatiert. Ferner kann es zu Entzündungen in der Gefäſswandung selbst kommen, wobei man die älteren von den frischeren Läsionen zu unterscheiden hat; die letzteren lassen sich an der Stase und Thrombose, die ersteren an der leprösen Infiltration der Adventitia erkennen. Im Grunde genommen sind die beiden Prozesse aber identisch; die öftere Wiederholung des akuten Prozesses im Unterhautzellgewebe führt nämlich zur chronischen leprösen Phlebitis. Akute entzündliche Eruptionen der Haut, welche scheinbar ohne weitere Veränderungen zu hinterlassen, vorübergehen, können die Ursache chronischer Phlebitiden werden, welche

sodann, im Gegensatze zu denen, welche durch Übergreifen der leprösen Infiltration von den umgebenden Geweben auf die Gefäfswandungen entstehen, als primäre zu bezeichnen sind. Diese Auffassungsweise stimmt denn auch mit derjenigen von Glück (Internationale Leprakonferenz, Berlin 1897: Über die Lepra der gröfseren Hautvenen) überein.

Die Lepra in Sizilien, von Càllari. In Übereinstimmung mit Prof. Ferrari-Catania führt Verfasser das erste Auftreten der Lepra in Sizilien auf die Einwanderung der Juden nach der Einnahme von Jerusalem durch die Römer zurück. In einem geschichtlichen Überblicke werden die Leproserien und die Litteraturangaben erwähnt, welche letztere sich auf das XI. Jahrhundert zurückführen lassen. Nach den von Profeta und Ferrari gemachten Nachforschungen zählte man damals (1888) auf der ganzen Insel 114 Erkrankungen an Lepra (80 Männer und 34 Frauen); am schwersten betroffen war die Provinz Sirakus, was auch heutzutage noch der Fall ist. Die neue von Tommasoli zusammengestellte Statistik erstreckt sich über zehn Jahre (1888 bis 1898) und ergiebt eine Gesamtzahl von 70 Fällen, die auf 23 Gemeinden fallen. Die häufigste Form ist die tuberöse. Nach den Erfahrungen des Verfassers ist die Kontagiosität der Lepra unzweifelhaft. Auch werden Fälle von hereditärer Lepra angeführt. Von den verschiedenen therapeutischen Mafsnahmen hat sich keine bewährt (Acidum gynocardicum und Chaulmoograöl innerlich, Ichthyol innerlich und äufserlich, Chrysophansäure und Pyrogallol).

Mechanische und chemische Antisepsis bei der Behandlung des Herpes tonsurans, von Calderone. Verfasser ist bei seinen Untersuchungen in der Weise vorgegangen, dafs er kranke Haare in die verschiedensten antiseptischen Lösungen, die in Fällen von Herpes tonsurans verwendet zu werden pflegen, brachte und sie dort einige Minuten bis mehrere Stunden liegen liefs. Darauf wurden sie nach vorheriger Abwaschung in destilliertem Wasser, event. in Äther, Alkohol, Chloroform auf Gelatine verpflanzt. Es zeigte sich, dafs von allen den ausgeprobten Medikamenten in den verschiedensten Konzentrationen nur dem Jod, dem Chrysarobin und der Salicylsäure einige Wirksamkeit zukam. Daraus folgt, dafs die mechanische Entfernung des Pilzes durch sorgfältige Epilation absolut erforderlich ist.

Entwurf eines neuen Reglements zur Prophylaxis der venerischen Krankheiten, von Tommasoli. Das Reglement besteht aus 44 Artikeln, die sich auf die Beaufsichtigung der Prostituierten und öffentlichen Häuser beziehen und sich sehr einläfslich mit der Hygiene derselben beschäftigen. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Die Übertragung von Krankheitserregern durch Wanze und Blutegel, von Mühling. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 25. No. 20.) Die interessante Frage, welche Rolle niedere Tiere, besonders aus der Klasse der Insekten, bei der Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten zu spielen im Stande sind, hat den Verfasser zu einer Reihe von Experimenten mit Wanzen und Blutegeln veranlafst. Diese Versuche haben ergeben, dafs der Wanzenstich an sich nichts zu bedeuten hat, abgesehen natürlich davon, dafs der Stichkanal späterhin als Eingangspforte für Bakterien dienen kann.

Dagegen können beim Zerquetschen oder Zerreiben der Wanze an der gestochenen Stelle Mikroorganismen, die sich in oder auf dem Leibe der Wanze befinden, in den Stichkanal gelangen. Am häufigsten wird es sich dabei um Bakterien handeln, die der Wanze oberflächlich anhaften; viel seltener und nur wenn die Wanze einige Zeit vorher an einem lokalen infektiösen Herde oder an einem moribunden, allgemein infizierten Tiere gesogen hat, um Mikroorganismen, die sich im Darme des Blutsaugers aufhalten. — Die im Darme eines Blutegels befindlichen Mikrobien kommen bezüglich der Übertragung auf Menschen nicht in Betracht, da der Blutegel wohl niemals wegen seines Bisses zerquetscht wird. Die auf der Haut und an den Mundteilen des Tieres befindlichen Bakterien können allerdings in die Bifswunde gelangen, werden aber wohl immer durch die meist nicht unbeträchtliche Nachblutung wieder herausgeschwemmt. Demgemäfs spielt der Blutegel in der Übertragung von Krankheitserregern auf Menschen und Tiere keine oder eine ganz unbedeutende Rolle; seiner therapeutischen Anwendung steht daher kein Bedenken entgegen.

Götz-München.

Über Beziehungen einiger Dermatosen zum Gesamtorganismus, von Siegfried Grosz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 9.) Nach einer einleitenden Betrachtung über die verschiedenen Auffassungen, betreffend die Beziehungen der Hautleiden zum Gesamtorganismus, wendet sich Verfasser eingehend dem Ekzem, der Psoriasis und Prurigo zu, über welche Leiden er eigene Erfahrungen gesammelt hat. — Die Erörterung des Ekzems bringt von solchen wenig, dagegen findet man eine eingehende Berücksichtigung der Litteratur über die Ekzeme auf nervöser Grundlage, die Beziehungen der Ekzeme zum Asthma bronchiale, zu Nierenleiden, zu den verschiedenen Diathesen, Rheumatismus, Gicht, zu Blutveränderungen. Der folgende Abschnitt behandelt in gleicher Weise die Psoriasis. Hier wird ein eigener Fall eingeflochten. Ein Patient mit Psoriasis guttata et nummularis rupioides s. ostracea leidet an Gelenkveränderungen; die Gelenke sind verdickt und schmerzhaft. Gelenk- und Hautsymptome gehen nach Karlsbader Mühlbrunnen und Natrium salicylicum zurück. — Bei Prurigo fand Verfasser, wie vor ihm bereits Brueff hohe Chlorwerte im Harn. Er bestimmte genau die zugeführte Chlormenge bei Pruriginösen und Gesunden. Bei letzteren betrug dann die Chlorausfuhr 13,6—16,9 pro die, bei ersteren 26,12. Es zeigte sich ferner, dafs während der Zunahme der pathologischen Produkte der Haut die Ausscheidung weniger hoch war als während der Abnahme, weil die succulentere Haut mehr Wasser und damit mehr Kochsalz zurückhält. Dasselbe Verhalten zeigen andere Hautleiden mit starker Durchtränkung und Infiltration der Haut, z. B. ausgedehnte Ekzeme.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beziehungen der Hydrocephalie zur Tuberkulose und zur Syphilis. (Autor ungenannt.) (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 8.) Wasseransammlung im Gehirn, Hydrocephalie, ist keine Krankheit sui generis, sondern eine Symptomengruppe, die verschiedenen Ursachen ihre Entstehung verdankt, am häufigsten der Tuberkulose und der Syphilis. — Bei Meningitis tuberculosa findet sich Hydrocephalie fast ausnahmslos; die Menge des Exsudats und die Schwere der durch den vermehrten intraventrikulären Druck hervorgerufenen Erscheinungen ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden. — Viel weniger konstant, aber prognostisch stets von ungünstiger Bedeutung ist Hydrocephalie bei Gehirntuberkeln. — Dafs Hydrocephalie sehr oft durch hereditäre Lues verursacht wird, ist nach Ansicht des Verfassers eine unbestreitbare Thatsache. Syphilis der Eltern kann durch Störungen der Embryogenese Mifsbildungen des Gehirns, Hydrocephalie bewirken (parasyphilitische Hydrocephalie); aufserdem aber können spezifische Veränderungen im Gehirn hereditärluetischer Kinder, wie

Meningitis, Pachymeningitis, Arteriitis, Gummata, syphilitische Entzündungen des Ependyms, Hydrocephalie verursachen (syphilitische Hydrocephalie). Hereditäre Lues kann überdies subakute oder chronische Pachymeningitis hervorrufen, die manchmal zur Entstehung einer eigenartigen Form von Hydrocephalus externus führt. — Die luetische Hydrocephalie ist entweder angeboren oder sie tritt in den ersten drei Monaten des Lebens auf, selten später. Die luetischen Manifestationen auf der Haut und auf den Schleimhäuten erscheinen vor oder nach oder gleichzeitig mit ihr. Die parasyphilitische Form, bei der luetische Erscheinungen vollständig fehlen können, verläuft gewöhnlich ausgesprochen chronisch; die Kinder können einige Jahre leben, entwickeln sich aber körperlich und geistig schlecht. Die syphilitische Hydrocephalie setzt manchmal mit Konvulsionen ein und verläuft dann sehr rasch; aufserdem wird aber auch subakuter und chronischer Verlauf beobachtet. — Der gewöhnliche Ausgang der luetischen Hydrocephalie ist der Tod. — Die Behandlung der tuberkulösen Hydrocephalie ist vollständig aussichtslos. Bei luetischer Hydrocephalie wurde allerdings auch nur in ganz vereinzelten Fällen durch spezifische Behandlung Besserung oder selbst Heilung erzielt. *Götz-München.*

Über die Einwirkung der Hidrotika und Antihidrotika auf den Leukocytengehalt des Blutes, von K. Bohland. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1899. No. 15.) Veranlafst zu diesen Untersuchungen wurde Verfasser durch die Angabe von Horbaczewski, dafs beim Menschen Pilokarpin die Zahl der Leukocyten im Blut erheblich vermehrt und Atropin dieselbe herabsetzt. Da diese Mittel in ihrer Einwirkung auf die Schweifssekretion Antagonisten sind, beschlofs Verfasser, systematisch alle Hidrotika und Antihidrotika bezüglich ihrer Wirkung auf den Leukocytengehalt des Blutes zu untersuchen. — Von den Antihidrotika prüfte er: Atropinum sulfuricum, Acidum camphoricum, Acidum tannicum, Pikrotoxin, Secale cornutum, Kalium telluricum, Infus. fol. Salviae, Agaricin, Menthol, Sulfonal. — Nach allen diesen Mitteln war eine deutliche Verminderung der Leukocyten im Blut zu beobachten. Die Antihidrotika setzen also den Leukocytengehalt des Blutes herab, wirken negativ chemotaktisch. — Von den Hidrotika wurden geprüft: Natrium salicylicum, Pilokarpin, Antifebrin, Antipyrin, Phenacetin, Liquor ammon. acetici, Salmiak, Ammonium carbonicum, Pulvis Doweri, Morphium, Flores Sambuci, Flores Tiliae. — Bei allen Mitteln trat eine sehr erhebliche Vermehrung der Leukocyten ein, in keinem einzigen Falle war eine Ausnahme zu konstatieren, sodafs mit Sicherheit der Schlufs gezogen werden darf, dafs die Hidrotika positiv chemotaktisch wirken. — Über die Verwendung der Hidrotika bei den Infektionskrankheiten bemerkt Verfasser, dafs man sich vorstellen mufs, dafs die Leukocyten, die den Krankheitsherd als Wall umgeben, dort die gebildeten Toxine aufsaugen, dann spontan oder durch die positiv chemotaktisch wirkenden Mittel veranlafst, nach der Peripherie auswandern und dort die Toxine abgeben und diese dann den Schweifsausbruch durch Reizung der nervösen Endapparate in den Schweifsdrüsen veranlassen und damit zugleich aus dem Körper entfernt werden. *I. Bloch-Berlin.*

Scheinbare Verdickung der subcutanen Venen, von J. P. Webber. (*Lancet.* 7. Jan. 1899.) Man findet oft bei kachektischen Männern an den subcutanen Venen, besonders an der Vena saphena int. eine scheinbare Verdickung der Gefäfswand, und manchmal hat man das Gefühl, als ob man einen dünnen Strick zwischen den Fingern hin und her rollte. Die anatomische Untersuchung ergiebt als Ursache ein wulstförmiges Vorspringen der longitudinalen platten Muskelbündel ins Gefäfslumen; es sieht aus, als ob dieselben von den queren Muskeln zusammengedrückt wären. Es handelt sich dabei meist um Männer der arbeitenden Klasse im mittleren Lebens-

alter, bei denen die Muskelbildung der Gefäfse wohl geradezu am stärksten entwickelt ist; ferner trägt wohl dazu bei die Entleerung der kleineren Hautgefäfse durch das Bettliegen und ferner der Schwund des subcutanen Fetts durch das Kranksein. — W. H. Bennett hat beobachtet, dafs in manchen Fällen der Zustand ein transitorischer ist und auf die Applikation von heifsen Schwämmen zurückgeht, während er bei anderen permanent ist. Erstere Form kommt oft bei jungen Frauen mit Dysmenorrhoe vor. *Philippi-Itzehoe.*

Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration sprach Czerny-Breslau auf dem XVII. Kongrefs für innere Medizin. Er bezeichnet als „hyalin" die Substanz, die sich mit Jod und mit der Weigertschen Fibrinfärbungsmethode färbt. Eiterungen und andere zu Gewebszerfall führenden pathologischen Prozesse bereiten die Hyalinbildung vor. In vivo ist der Nachweis der hyalinen Substanzen im Blute, Eiter und in den Geweben leicht, post mortem nur in frisch entnommenen und am besten in Alkohol konservierten Organteilen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Weitere Studien über Ätzschorfe, von Paul Cohn. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899, No. 19.) Verfasser weist nach, dafs bei Ätzschorfen, welche mit Lösungen der betreffenden Substanzen hergestellt wurden, der Höllenstein durch seine antiseptischen Eigenschaften alle anderen Schorfmittel erheblich übertrifft. Nur bei Tracheotomiewunden ist von seinem Gebrauche abzuraten und hier sind Cuprum sulfuricum oder Liquor ferri sesquichlorati wegen ihrer reizlosen Wirkung in Anwendung zu ziehen. *I. Bloch-Berlin.*

Über holzharte Entzündung des Bindegewebes (Phlegmon ligneux Reclus), von Ludwig Krause. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 17.) Reclus schildert eine besonders an den vorderen und seitlichen Teilen des Halses sich schleichend entwickelnde holzharte Bindegewebsentzündung, die ohne bemerkenswerte lokale oder allgemeine Symptome einhergeht; keine Rötung, keine Schmerzhaftigkeit. Oft vergehen Wochen und Monate, bis die Eiterung zum Vorschein kommt. Zwei derartige Fälle berichtet Verfasser; aus dem entleerten Eiter gelang es ihnen nicht, Mikroorganismen zu züchten; dagegen erhielt er einmal einen Coccus, als er die durch eine Incision gewonnene seröse Flüssigkeit verimpfte. Die Kultur war wenig giftig, rief nur an Stelle der Injektion einen kleinen Abscefs hervor. — Wahrscheinlich handelt es sich um eine durch sehr abgeschwächte Bakterien erzeugte Entzündung, die recht benigner Natur ist, wenn sie auch sich lange hinziehen kann. Nur einmal ist exitus letalis bei Sitz am Halse durch Oedema laryngis beobachtet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Airol, ein Ersatzmittel des Jodoforms, von Marcuse-Mannheim. (*Reichs-Med.-Anz.* 21. Juli 1899.) Verfasser empfiehlt das Airol als bestes aller Ersatzmittel des Jodoforms und stellt die einschlägigen Veröffentlichungen zusammen. Nach Hägler stellte es sich bei 2800 Fällen aus der Baseler chirurgischen Poliklinik als reizloses, die Wunden rasch austrocknendes, granulationsbefördernde, eiterungshemmendes Präparat heraus. Vor dem Jodoform hat es den Vorzug, in Verbindung mit den warmen Körpersäften sofort etwas Jod abzuspalten, sowie seinen Wismutgehalt mit der starken Fähigkeit auszutrocknen. Aufserdem ist das Pulver geruchlos. Löblowitz und Taussig haben neuerdings Airol auch gegen Tripper angewendet; angeblich war der Erfolg hierbei gut. Letzterer Autor will mit einer Airolemulsion Heilung in

3—10 Tagen erzielt haben. (Hier liegt eine Uberschätzung des Medikaments vor. D. Ref.) v. Lesser sah vorzügliche Heilerfolge durch Airol bei Hornhautgeschwüren, Keratitis, phlyktänulöser Conjunctivitis, Veiel bei Ulcus cruris, Unguis incarnatus und Brandblasen, Löblowitz bei Sklerosen, nassen Papeln, Gummen und Bubonen. Zu bestätigen ist, dafs Airol kaum Entzündungen der umgebenden Hautpartien hervorzurufen im stande ist. *E. Hopf-Dresden.*

Die Arsenvergiftung, von Harnack. (*Dtsch. Ärztztg.* 1899. No. 1.) Arsen wird häufig zur absichtlichen Tötung verwandt. Es kommen auch zufällige ökonomische, gewerblichtechnische und medizinische Vergiftungen vor. Arsen vermag nach nur einmaliger Zuführung aus einer akuten Vergiftung eine chronische herbeizuführen. Am giftigsten ist der weifse Arsenik, man kann jetzt in Kriminalfällen Arsen in winzigen Spuren nachweisen. Die Arsensäure verursacht durch ihre Verbindungen oft chronische Vergiftungen, so in Arsenerzen, Bleischrot, Fliegengift, Weifskupfer, Anilinfarben, in der Farbentechnik. Seltener sind Vergiftungen durch Anwesenheit von Arsen in Nahrungsmitteln. Die gefährlichste Arsenverbindung ist der gasförmige Arsenwasserstoff. Verfasser bespricht sodann eingehend das Verhalten des Arsens im Organismus, das klinische Bild der Arsenvergiftung, wobei betont wird, dafs schon wenige Centigramm arsenige Säure sehr bedenkliche Erkrankungen erzeugen, dafs Mengen von 0,1 schon letal sein können. Sodann wird die differentielle Diagnose besprochen und der Verlauf der Vergiftungen, der Sektionsbefund. Die Behandlung ist leider sehr aussichtslos, da sie meist zu spät kommt. Sie besteht in Auspumpen des Magens und Spülungen, Einnehmen von Eisenhydroxyd, Magnesia usta, Opiaten und eventuellen Aderlässen bei Vergiftung des Blutes durch Arsenwasserstoff, in chronischen Fällen ist die Behandlung im allgemeinen eine symptomatische. Bei medizinaler Anwendung ist grofse Vorsicht erforderlich; schon kleine Dosen können vasomotorische Erscheinungen, sowie Verdauungsstörungen und Conjunctivalreizung bewirken. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Zuckerausscheidung nach Copaivagebrauch, von Bethmann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 22.) Da die Terpene, zu denen auch der Copaivaharz gehört, im Urin als gepaarte Glycuronsäuren wieder auftreten und als solche gewisse Reaktionen mit Zucker gemeinsam haben, so weist Verfasser zunächst darauf hin, dafs die Gährungsprobe hier den Ausschlag giebt. Denn Glycuronsäure geht mit Hefe keine alkoholische Gährung ein. Angeregt durch Beobachtungen (besonders von Knauff und Fürbringer), die eine Vermehrung der ausgeschiedenen Zuckermengen bei Diabetikern nach Einnahme von Terpenen ergeben hatten, hat Verfasser die Frage untersucht, ob die Einnahme von Copaivabalsam auch im Stande wäre, eine alimentäre Glykosurie zu erzeugen. Bei 12 Tripperpatienten fiel dieser Versuch viermal positiv aus, sodafs in der That dem Copaivabalsam die Fähigkeit zugeschrieben werden mufs, eine alimentäre Glykosurie zu erzeugen. *I. Bloch-Berlin.*

Beobachtungen über die Wirkung des Naftalan, 4. Heft, hrsg. von der Naftalangesellschaft in Magdeburg, bringt eine Reihe von lobenden Arbeiten, die allerdings gröfstenteils als Quittung für übersandte Proben erscheinen oder aus anderen Zeitschriften zusammengestellt sind. *F. Hahn-Bremen.*

Die Anwendung des Naftalan in der allgemeinen ärztlichen Praxis, von Rohleder. (*Therap. Monatsh.* Juli 1899.) Verfasser hat ausgedehnte Versuche angestellt und gute Erfolge erzielt bei Erkrankungen der Bewegungsorgane, bei Hautkrankheiten, und bei Krankeiten, wo eine Resorption angezeigt ist. *F. Hahn-Bremen.*

Das Naftalan in der Therapie, von Josef Gruenfeld. (*Wien. med. Blätter.* 1899. No. 21.) Bei 108 Kranken hat Gruenfeld das Naftalan angewendet; die Resultate sind die denkbar günstigsten, sodafs Verfasser das Mittel sogar als Specificum gegen Ekzeme jeder Art bezeichnet. Besonders schnell heilen Ekzeme, die nicht nässen oder nicht mehr nässen und zu schuppen beginnen. Näfst das Ekzem, dann nimmt Verfasser: Ung. Wilson, Naftalan ää 50,0, Amyl. 25,0. f. pasta. — Auch hier stets Erfolg. Ist die Haut bei chronischen Ekzemen derb, infiltriert, dann wird zuerst durch Bepinseln mit 5—10%iger Lösung von Kalium causticum der Prozefs in einen akuten verwandelt; darauf Naftalan. Schwieliges Eccema palmare et plantare erheischt vorherige Erweichung durch Collempl. sapon. salicyl. — Heftige akut entzündliche Erscheinungen werden durch Umschläge mit Liquor Burowii vor der Naftalanapplikation beseitigt. Gründliche Reinigung erfordert auch die Naftalanbehandlung. Von 35 Ekzemen sind 28 geheilt, 7 gebessert; 3 Fälle von Eccema marginatum, 1 Eccema seborrhoicum, 3 Erysipel, 8 Hyperhidrosis pedum, 1 Impetigo contagiosa, 1 Pityriasis versicolor, 1 Pruritus, 5 Perniones und Fufsgeschwüre sind alle nur durch Naftalan geheilt. Auch 5 von 7 Ulcera cruris gelangten zur Heilung, eines wurde gebessert; ein Patient vertrug Naftalan nicht. Beim Herpes zoster wurden auch die neuralgischen Schmerzen günstig beeinflufst. — Wahre Triumphe feiert das Naftalan bei akutem und subakutem Gelenkrheumatismus. Ein Patient, der seit sechs Wochen an akutem Gelenkrheumatismus litt, ohne durch ein Heilverfahren günstig beeinflufst zu werden, schlief nach einer Naftalanapplikation zum ersten Male ohne Schmerzen. Die Schwellung ging sofort zurück und nach acht Tagen konnte der Kranke das Bett verlassen. Ebenso bewährte sich das Naftalan bei Ischias, Entzündung der Sehnenscheiden am Dorsum manus und bei der akuten blennorrhoischen Epididymitis. Es wurde möglichst dick auf Leinwand aufgetragen, das Scrotum damit umhüllt und mit Billrothbattist bedeckt; darüber Langlebertsches Suspensorium; morgens und abends ein Sitzbad. So lange Fieber vorhanden, mufste das Bett gehütet werden. Die Heilung erfolgte durchschnittlich in kürzerer Zeit als sonst, die Kranken klagten wenig über Schmerz; die Resolution war eine vollständige; keine Recidive. — Das Naftalan wirkt keratolytisch, parasiticid, antiseptisch und adstringierend, es beseitigt den Turgor der Haut, reduziert die Sekretion der Hautdrüsen, verhindert die Zersetzung der Sekrete. Ferner begünstigt es das Wachstum der Epidermiselemente (trotz der keratolytischen Eigenschaften? d. Ref.), wirkt schmerzstillend, desodorierend, resorptionsbefördernd, gehört demnach zu den wirksamsten Arzneikörpern. (Sollte diese Darstellung nicht doch etwas optimistisch sein? D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Prüfung zweier neuer Quecksilbersalze auf ihren Wert als Antiseptica im Vergleich zum Sublimat, von Fr. Steinmann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 11.) Verfasser berichtet zunächst über das Asterol, eine wasserlösliche Verbindung des Hydrargol. Es bildet klare Lösungen. Es enthält 7% Quecksilberoxyd, also ungefähr viermal weniger als Sublimat und füllt nicht Eiweifslösungen. Aus den Versuchen ergiebt sich folgendes: Dem Asterol fehlt der üble Geruch und die unangenehme Hautwirkung des Karbols und Lysols sowie die lästige Undurchsichtigkeit und der zerstörende Einfluſs auf Kautschuk. Es verliert seine baktericide Kraft nicht in eiweifshaltigen Medien und ätzt die Wunden nicht wie Sublimat, dringt tiefer wie dieses ein und greift die Instrumente nicht an. Es ist in Wasser löslich, in stärkeren Konzentrationen nur in der Wärme. Es ist gut zu verwenden zur Desinfektion der Hände, des Operationsfeldes und der Instrumente. Obschon die Giftigkeit der Quecksilbersalze nach dem Tierversuch besitzend, kann es doch ohne sichtliche Gefahr in ziemlich ausgedehnter Weise zur antiseptischen Wundbehandlung verwendet werden. Anwendungsweise 2—4‰. *A. Strauſs-Barmen.*

Die Seifen vom medizinischen Gesichtspunkt betrachtet, von Labbé-Paris. (*Presse méd.* 24. Juni 1899.) Toilettenseifen dürfen nur wenig Wasser enthalten und nur schwach alkalisch reagieren. Die medizinischen Seifen zerfallen in solche mit alkalischen und solche mit alkalisch-erdigen Grundlagen, erstere sind löslich, letztere sind unlöslich — Pflaster. Von dem Verfasser werden folgende Seifen besprochen, die zum Teil kurz wiedergegeben werden sollen:

Sapo animalis.

Adip. bovis	500
Liq. Kal. caust. (36°)	250
Aq. dest.	1000.

Sapo carbolisatus.

Ol. Coco	400
Adipis	300
Ol. Ricin.	300
Liq. Kal. caust.	550
Spiritus	300
Glycerin	200
Sirup. simpl.	400
Acid. carbol. cryst.	80
Ol. palm.	5.

Sapo arsenicalis.

Sapon. alb.	625
Arsenic. alb.	500
Calc. ust.	10
Camphor.	60
Aq.	625.

Sapo terebinthin.

Kal. carbonic.	100
Ol. terebinth. crud.	100
Ol. terebinth. rectif.	100.

Sapo ol. fagi.

Coco	100
Ol. fagi	15
Liq. Kal. caust. (36°)	60.

Sapo camphoratus.

Sapon. alb.	500
Camphor	8
Amygd. amar. depur.	60
Tinct. Benz.	40.

Sapo Guajac.

Sapon. amygd.	200
Resin. Guajac.	100
Spirit.	10.

Der Artikel führt auch kurz die Herstellungsart der verschiedenen Seifen an.

E. Hopf-Dresden.

Einige Beispiele von der Anwendung und Wirkung der Lichttherapie bei verschiedenen Krankheiten, zusammengestellt von E. Below und Kattenbracker. (Berlin 1899. Elektricitätsgesellschaft „Sanitas".) Aus einer Anzahl von etwa 1500 in der medizinischen Lichtheilanstalt der Verfasser behandelten Kranken erhalten wir hier die Journalauszüge von 21 Patienten. Uns interessieren hier nur die Hautfälle und blennorrhoischen Infektionen. Bei allgemeiner und lokalisierter Furunkulose, Lues secundaria mit Paronychie, Rheumatismus blennorrh., chronisches Ekzem, Sykosis und infizierter Hundebifswunde sollen in auffallend kurzer Zeit Heilungen erzielt sein, nachdem andere Behandlungsmethoden vorher erfolglos gebraucht waren. Den Status, besonders denjenigen bei der Entlassung der Patienten, hätten wir im Interesse der Sache gerne etwas präziser im Ausdruck wie auch ausführlicher gewünscht. — In einer Epikrise teilen die Verfasser mit, dafs es ihnen gelungen sei, selbst nach 6—10 Jahre lang ausgesetztem Quecksilbergebrauch noch Spuren von Hg im Schweifse einiger ihrer Patienten nachzuweisen, ebenso Schwefel bei Glasbläsern. Der Schweifs wurde während des Lichtbades vom Patienten selbst in einem Reagenzglase gesammelt. — Indem wir die philosophischen Spekulationen des Schlufswortes auf sich beruhen lassen und uns die sehr leichte Kritik gewisser therapeutischer Erfolge (Fall 4, 13 u. 17) ersparen, möchten wir doch darauf hinweisen, dafs die genannten Fälle zur weiteren Verfolgung der Lichttherapie in der Dermatologie auffordern. *H. Durlacher-Hamburg.*

Angioneurosen.

Abnorme Hautausschläge bei typhösen Fiebern, von De Costa. (*Americ. Journ. of the Med. Sciences.* Juli 1899.) Verfasser beschreibt eine Reihe von Fällen von „typhoid fever", die mit skarlatiniformen, morbilliformen oder buntscheckigen Hautausschlägen kombiniert waren, ohne dafs aus der Beschreibung recht hervorgeht, um was es sich handelt, speziell ist der Unterschied zwischen Typhoid und Typhus nicht recht ersichtlich. Jedenfalls scheint es sich nicht um medikamentöse Ausschläge zu handeln. *F. Hahn-Bremen.*

Über Serumexantheme, von L. Bauer. (*Orvosi Hetilap.* 1899. No. 22.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Entwickelung der Serumexantheme ist durch die Einspritzungen des animalen Serum bedingt, das Auftreten des Exanthems selbst ist ein individuelles, weswegen auch die Entwickelungszeit der Exantheme verschiedenartig schwankt. 2. Trotz der Polymorphie der Serumexantheme zeigt sich in der Art und Weise ihres Auftretens, in den verursachten Symptomen etc. eine Ähnlichkeit. 3. Mit den jetzigen Untersuchungsmethoden sind wir nicht in der Lage, zwischen der echten Scarlatina und einem allgemeinen scarlatiniformen Serumexanthem in diagnostischer Beziehung einen Unterschied zu machen, weil beide häufig mit denselben Symptomen einhergehen, dieselben Komplikationen haben können, und es fehlen diejenigen Symptome, auf deren Grundlage man nur annähernd auf die Natur des Exanthems folgern könnte. 4. Es ist eine aufserordentlich auffallende Erscheinung das massenhaft gleichzeitige Auftreten der scarlatiniformen Serumexantheme und des echten Scarlatinaexanthems, was nicht als Zufälligkeit betrachtet werden kann, sondern in Anbetracht des kumulativen Auftretens der scarlatiniformen Serumexantheme und des Fehlens in der Privatpraxis, weiterhin, dafs von den auf die Scharlachabteilung transferierten Kindern kein einziges Scharlach bekommen hat, müssen wir in denselben einen Zusammenhang sehen und dieselben auf die gleiche Ursache zurückführen. 5. Auf Grund des im 3. und 4. Punkte gesagten sollen die an einem scarlatiniformen Exanthem Leidenden ebenso rasch isoliert werden als die echten Scarlatinösen, die Desinfektion des Bettzeugs etc. ist schon aus dem Grunde notwendig, damit man die Überzeugung gewinnt, ob nach Effektuierung dieser Vorsichtsmafsregeln das massenhafte Auftreten dieser Exantheme auch in dem Mafse auftreten wird, als wie bis jetzt.

Diskussion: Gyalóczy konstatiert auch die Häufigkeit der Serumexantheme, von 1313 mit Serum behandelten bekamen 353 (26,8%) Serumexantheme, im allgemeinen entwickelt sich dasselbe in 25—27% der jährlich behandelten Fälle. In der Mehrzahl der Fälle bildet sich an der Einstichstelle eine handbreite diffuse Rötung; scarlatiniforme Exantheme sieht er selten, häufiger noch die den Morbillen ähnlichen. G. referiert über zwei Fälle, bei denen das Serumexanthem eine besondere Form hatte, bei einem elf Monate alten und bei einem einjährigen Kinde. Am elften bis zwölften Tage nach der Einspritzung entwickelten sich um den Knöcheln herum livide Flecke nebst ziemlich schlechtem Allgemeinbefinden, bedeutende Verminderung der Urinausscheidung; die Flecke gingen den nächsten Tag auf die Kniegelenke und Inguinalgegend über, die im Verlaufe von einigen Tagen hämorrhagisch wurden, aber nach acht bis zehn Tagen sich gänzlich zurückbildeten. Ein derartiges hämorrhagisches Exanthem hat G. nicht mehr gesehen und möchte dieses als eine besondere Form in die Serumexantheme einreihen. Das Serumexanthem entwickelt sich in den meisten Fällen am zweiten bis vierten Tage nach der Einimpfung, die auf gröfsere Strecken verbreiteten Erytheme in der zweiten, selbst in der dritten Woche. Eigentümlich ist es, dafs dieselben öfter massenhaft auftreten, mit mächtigen Gelenk-

schmerzen und von schlechtem Allgemeinbefinden begleitet. Die scarlatiniformen Exantheme gehen zumeist mit fieberhaften Symptomen einher, und es ist thatsächlich schwer zu entscheiden, ob dasselbe nicht ein echter Scharlach ist; in der überwiegenden Zahl der Fälle ist die Erscheinung des Exanthems eine andere, indem sich dasselbe nicht so rasch verbreitet wie beim echten Scharlach und beim ersteren die Lokalisation mehr um die Gelenke ist, aufserdem fehlen die Rachenerscheinungen, all dieses giebt eine Richtschnur zur Diagnose. In früheren Zeiten hat G. derartige Fälle als echte Scharlachfälle aufgefafst und transferierte auch selbe auf die Scharlachabteilung; der Irrtum stellte sich alsbald heraus, indem diese Kinder daselbst erst recht den echten Scharlach bekommen, seit dieser Zeit werden diese Fälle wohl isoliert, sollen aber nicht auf die Scharlachabteilung transferiert werden.

Grosz konstatiert auch die Angaben des Vortragenden, er hatte auch derartige Fälle eigentlich nur in der Spitalpraxis beobachtet. Von den im Adel. Brotz-Kinderspitale Eingeimpften bekamen beiläufig 12,3% Serumexantheme, welche sich als Urticaria, Morbillen, scharlachähnliche und polymorphe Formen zeigten. Die Diagnose zwichen echtem Scharlach und scarlatiniformen Exanthemen ist ceteris paribus in der Weise zu machen, indem die scarlatiniformen Exantheme selten abschuppen, allerdings ist diese Frage noch nicht aufgeklärt.

Bókay will sich blofs mit der Frage der scarlatiniformen Serumexantheme befassen. Die Frage ist die: existieren in der That scarlatiniforme Serumexantheme? und wenn ja, können dieselben von dem echten Scharlach differenziert werden? B. ist von der Existenz der scarlatiniformen Serumexantheme überzeugt, denn a) ist dieses Exanthem überall, wo man mit Serum bei einem gröfseren Diphtheriematerial arbeitet, in beiläufig gleichmäfsiger Percentuation beobachtet worden, b) haben diese Exantheme überall beiläufig dieselben Charaktere, und c) entwickelten sich diese Exantheme überall beiläufig in demselben Zeitraum, also vom siebenten bis achten Tag nach der Impfung. Die Existenz der scarlatiniformen Serumexantheme ist noch dadurch erwiesen, indem man nicht in einem Falle das rubeolaähnliche Serumexanthem in ein scarlatiniformes und das scarlatiniforme Exanthem unmittelbar in ein urticaria- resp. rubeolaähnliches Exanthem sich verwandeln sieht. Wenn das scarlatiniforme Serumexanthem ein durch Scharlachgift verursachtes Scharlachexanthem wäre, so müfste in der Mehrzahl der Fälle die Infektion bereits am ersten Tage der Aufnahme stattgefunden haben, weil doch dieses Exanthem in der Regel vom vierten bis fünften Tage ausbricht, und in diesem Falle müfste man unbedingt annehmen, dafs man die Infektionskeime mit der Spritzennadel in den Organismus einführte. Die Fälle würden daher in die Gruppe der „Surgicalscarlatina" gehören; die chirurgische Scarlatina hat aber in der Regel ein bedeutend kürzeres Inkubationsstadium und verläuft mit schwereren Allgemeinsymptomen. Das scarlatiniforme Serumexanthem ist nach B. von dem Scharlachexanthem nicht sicher zu unterscheiden, in den meisten Fällen sogar unmöglich, derartige Fälle müssen daher auf Diphtherieabteilungen als verdächtige erscheinen und müssen eventuell gesondert beobachtet werden. Von diesem folgt natürlicherweise, dafs es aufser Zweifel ist, dafs in der Gruppe der scarlatiniformen Exantheme thatsächlich ein gewisses Percent von Scharlachfällen giebt, welche als Spitalsinfektion (auf der Diphtherieabteilung) aufgefafst werden müssen.

A. Alpár-Budapest.

Über Pellagra, von S. H. Schreiber. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 9 etc.) Die Pellagra hat seit einiger Zeit auch in Ungarn und Rumänien um sich gegriffen. Verfasser berichtet über seine dort gesammelten Erfahrungen. Sicher dringt die Pellagrazone weiter nach Norden vor, soweit die Bevölkerung sich mit Mais nährt. Zumal der arme rumänische Bauer lebt fast ausschliefslich von der Polenta, einer

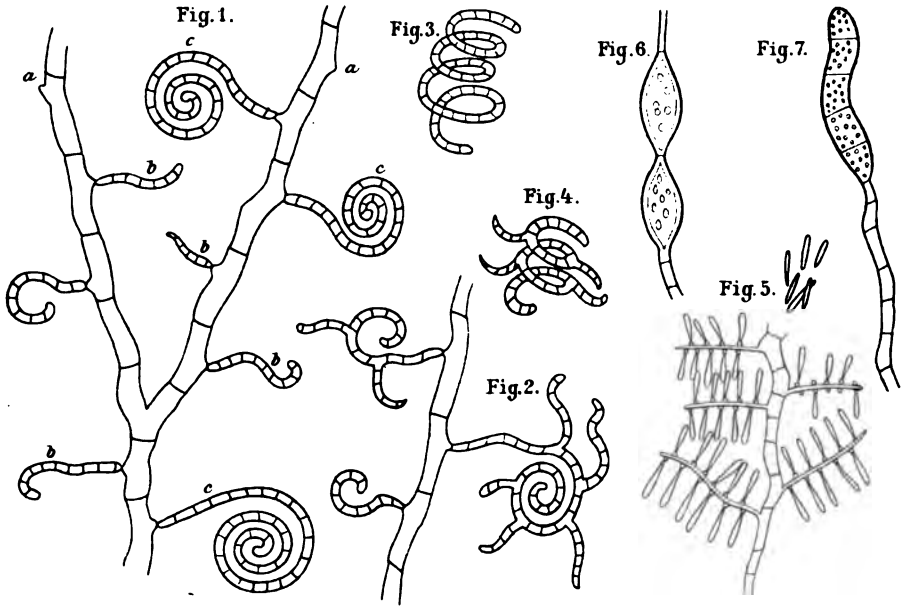
Maisspeise. Verfasser schildert eingehend der Verlauf der Pellagra. Von Interesse ist, dafs in manchen Fällen der pellagröse Hautausschlag viele Jahre dauerte und schliefslich heilte oder wenigstens keine weiteren Erscheinungen, Affektionen der Verdauungswege nach sich zog. — Es giebt auch Fälle, in welchen alle drei Stadien der Pellagra wenig ausgeprägt sind, die Diarrhoen ganz ausbleiben oder die Nervensymptome der Hautaffektion vorausgehen. Diese, vom Verfasser als „Pseudopellagra" benannt, geben eine gute Prognose; sie stellen abortive Formen dar. — Was die Ätiologie betrifft, so nahm Verfasser anfangs auch an, dafs verdorbener Mais den Giftstoff enthält. Die Beobachtung, dafs auch Städtebewohner, die nur wenig Mais genieſsen und selbst Menschen, die sicher gar keinen Mais genossen hatten, an Pellagra erkranken können, hat ihn zu der Anschauung geführt, dafs nicht der Mais, sondern schlechte soziale Verhältnisse im Verein mit hygienischen und klinischen Einflüssen die Ursache der Pellagra sind. Dieselbe ist eine „zymotische" oder „Volkskrankheit", die gleich dem Skorbut und der Lepra vom Zusammenwirken verschiedener, zum Teil unbekannter Potenzen abhängt. — Der Maisgenufs hat schon zu Anfang des vorigen Jahrhunderts begonnen, die Pellagra erst in den Dreifsigerjahren dieses Jahrhunderts. Verfasser beruft sich auch auf eine Mitteilung von Glueck, der sporadisch in Bosnien und Herzegowina Pellagra gesehen. Er weist ferner darauf hin, dafs im Hungerjahre 1847 in Ungarn nichts von Pellagra gesehen worden ist. Kurz Verfasser sieht in der Maisnahrung nicht die eigentliche Ursache der Pellagra. — Therapeutisch ist die dauernde Besserung der hygienischen und sozialen Zustände die erste Vorbedingung für dieses, selbst in schweren Fällen heilbare Leiden.

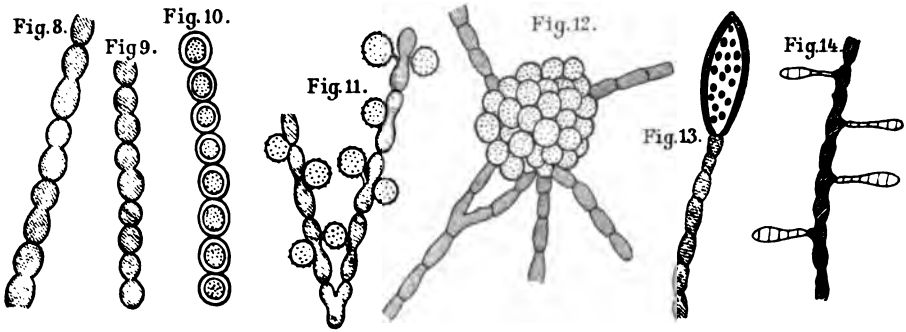
Jessner-Königsberg i. Pr.

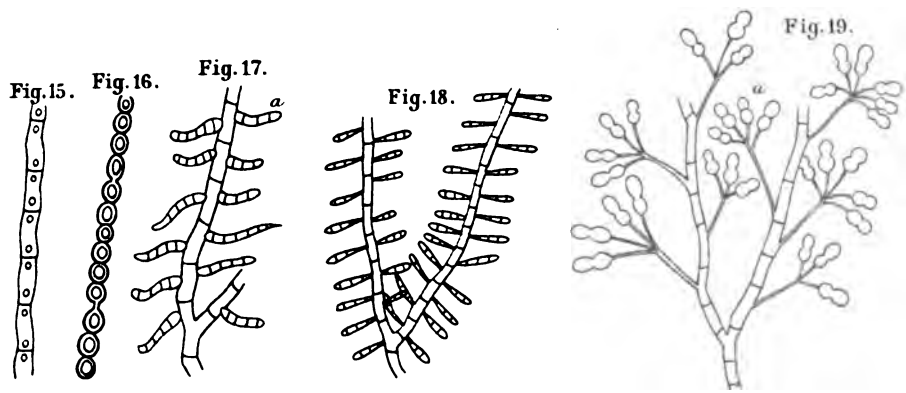
Ein Fall von Pellagra mit transitorischer Manie, von Hajual. (*Orvosi-Hetilap.* 1898. No. 32.) Die 31jährige Patientin wurde wegen Beobachtung ihres Geisteszustandes auf seine Spitalabteilung gebracht, indem sie einen Tag vorher ihr 15 Monate altes Kind ertränken wollte, nebstdem alle Zeichen des Irreseins zeigte. Bei der Aufnahme war die Haut auf beiden Hand- und Fufsrücken, auf den Unterarmen und Unterschenkeln, teilweise auch im Gesichte dunkelbraun verfärbt und rauh anzufühlen, die Haut schuppt daselbst überall kleienförmig und in gröfseren Lamellen ab. Patientin sieht ziemlich herabgekommen aus, ist schlaflos, unruhig, hat keine Kenntnis von ihrer Umgebung, ist mit derselben rabiat, sich ihres Zustandes vollkommen unbewufst. Dieser Zustand dauert circa drei Tage, und nach einer gut durchschlafenen Nacht kehrt ihr Bewufstsein vollkommen zurück, und sie giebt vernünftige Antworten. Patientin giebt an, dafs sie sich Monate hindurch nur von aus Maismehl bereiteten Speisen nährte. Vor circa zwei Monaten begannen ihre Hände zu röten und zu schwellen, die Haut bekam Einrisse. Dieser Zustand entwickelte sich auch auf den unteren Extremitäten und im Gesicht, die Haut brannte. Später traten Schwindelanfälle auf, Diarrhoen, schlechtes Allgemeinbefinden, sie mufste ihre Arbeit einstellen, bis schliefslich der vorher beschriebene Zustand eintrat.

A. Alpár-Budapest.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.







Pelagatti.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

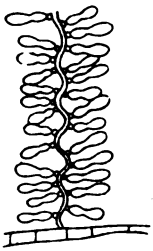


Fig. 20.

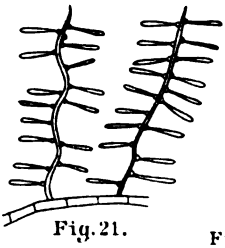


Fig. 21.

Fig. 22.

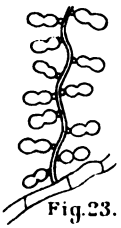


Fig. 23.

Fig. 24.

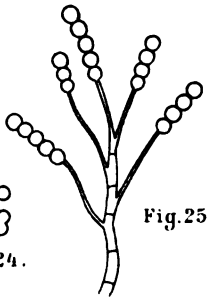


Fig. 25.

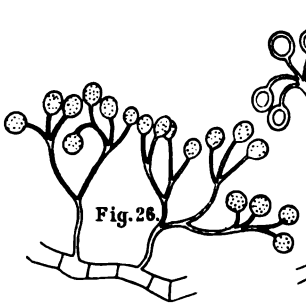


Fig. 26.

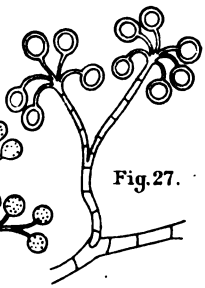


Fig. 27.

Fig. 28.

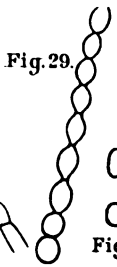


Fig. 29.

Fig. 30.

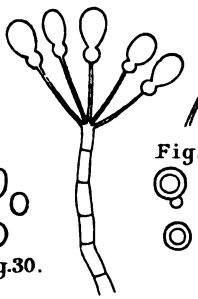


Fig. 31.

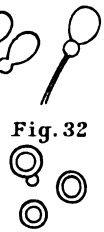


Fig. 32

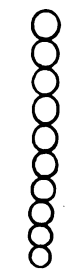


Fig. 33.

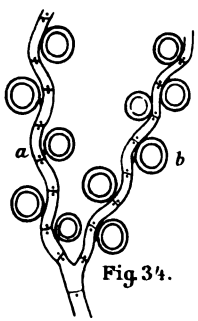


Fig. 34.

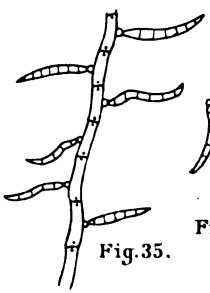


Fig. 35.

Fig. 36.

Fig. 37.

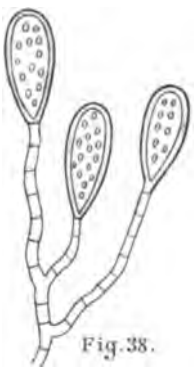


Fig. 38.

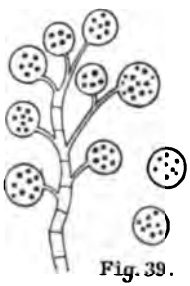


Fig. 39.

Fig. 40.

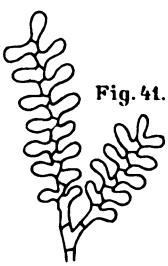


Fig. 41.

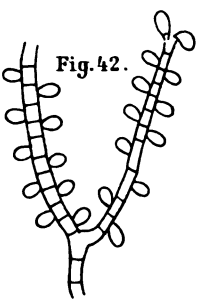


Fig. 42.

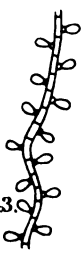


Fig. 43.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

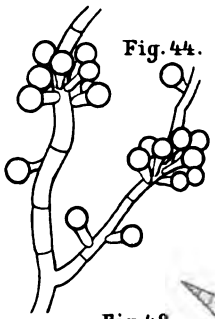


Fig. 44.

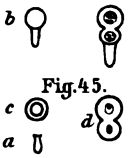


Fig. 45.

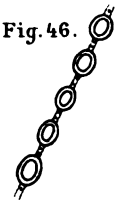


Fig. 46.

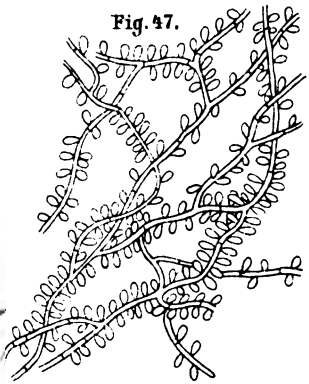


Fig. 47.

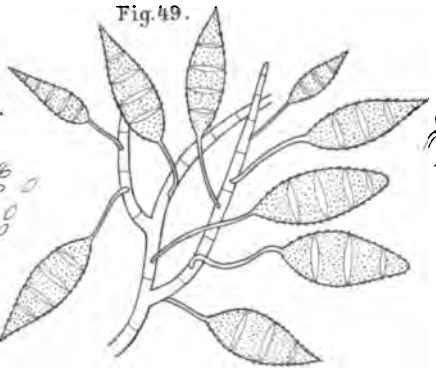


Fig. 49.

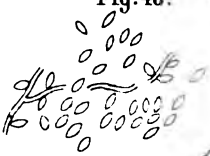


Fig. 48.

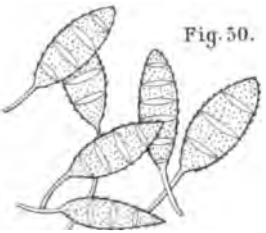


Fig. 50.

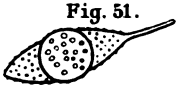


Fig. 51.

Fig. 52.

Fig. 53.

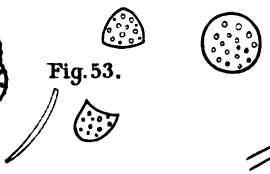


Fig. 54.

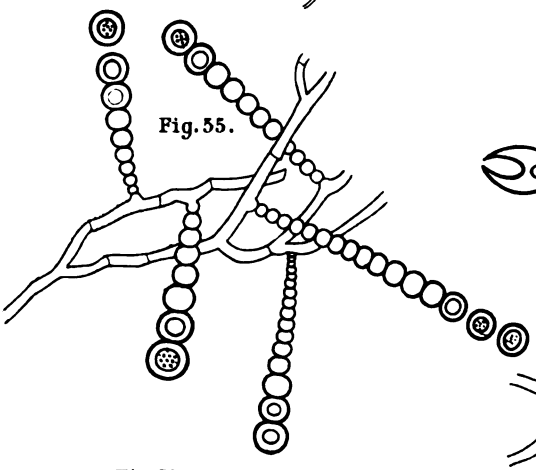


Fig. 55.

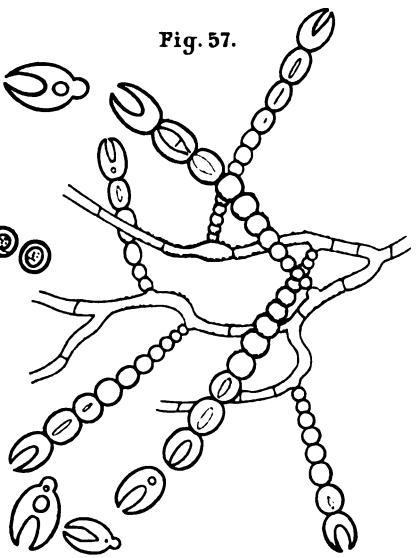


Fig. 57.

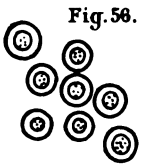


Fig. 56.

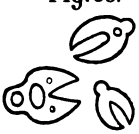


Fig. 58.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 10. 15. November 1899.

Dermosyphilopathische Klinik der königlichen Universität Parma, geleitet von Prof. Mibelli.

Über die Morphologie der Trichophytonpilze.

Von

Dr. Marius Pelagatti, Assistent.

(Mit Tafel X—XII.)

Über die zahlreichen Fälle von Herpes tonsurans, die ich als Assistent an der dermatologischen Klinik zu Parma klinisch und bakteriologisch zu untersuchen Gelegenheit hatte, habe ich bereits auf dem dermatologischen Kongreſs in London und einläſslicher in einer Arbeit „über die Trichophytonpilze“ der Provinz Parma berichtet. Ich hatte mich dabei mehr mit den makroskopischen Eigenschaften der Kulturen beschäftigt und behauptet, daſs dieselben mehr als hinreichten, die Existenz verschiedener Typen von Trichophytonpilzen zu beweisen. Ich hatte mich über die besonderen Eigenschaften eines jeden Typus ausgebreitet und war damals überzeugt, daſs die mykologischen Unterschiede, die man bei der mikroskopischen Untersuchung von Kulturfragmenten konstatiert, auf den sogenannten Polymorphismus zurückzuführen seien und nicht von besonderen charakteristischen Organen der verschiedenen Pilzvarietäten abhingen. Ich glaubte deshalb den Schluſs ziehen zu können, daſs, mit Ausnahme des braungelben Typus, die mikroskopische Untersuchung keine genügenden Anhaltspunkte zur Differenzierung der einzelnen Trichophytontypen liefert.

Zu dieser Schluſsfolgerung war ich aber damals deshalb gelangt, weil ich keine hinreichenden Beweise für die entgegengesetzte Behauptung aufbringen konnte. Sie hat mich darum auch nie befriedigt, zumal da es mir unrationell erschien, daſs Pilze, welche makroskopisch so bedeutende Unterschiede aufwiesen, solche nicht auch bei der mikroskopischen Untersuchung konstatieren lieſsen.

Ich habe deshalb vergleichende mikroskopische Untersuchungen mit Kolonien von verschiedenen Trichophytontypen gemacht. Es ergab sich, daſs gewisse Formen von Sporenbildung nur bei bestimmten Pilztypen

vorkamen, während sie bei anderen fehlten. Dieses verschiedene Verhalten der conidienführenden Organe liefs sich meiner Ansicht nach nicht auf äufsere Einflüsse zurückführen, die in verschiedener Weise auf die einzelnen Typen gewirkt hätten, indem ich zu meinen Untersuchungen stets Kulturen von gleichem Alter, von demselben Nährboden und von gleicher Temperatur gewählt hatte. Ich war vielmehr geneigt anzunehmen, dafs diese Unterschiede von ganz besonderen charakteristischen Merkmalen der fruchtführenden Organe eines jeden Trichophytontypus abhingen.

Es dürfte vielleicht sonderbar erscheinen, dafs ich dieses Umstandes erst nach dem Erscheinen meiner ersten Arbeit gewahr wurde. Ich mufs aber den Grund meines Irrtums auf die damals befolgte Technik zurückführen, die sich für mykologische Untersuchungen nicht eignet. Diese Methode der Untersuchung im hängenden Tropfen ist zwar streng wissenschaftlich und leistet dafür Gewähr, dafs alles, was im Gesichtsfelde gesehen wird, das Produkt eines einzigen Keimes ist; sie genügt aber nicht zu einer vollständigen mykologischen Untersuchung, und zwar aus verschiedenen Gründen. Vor allem eignet sie sich nicht zu einer längeren Beobachtung und erlaubt somit eine Verfolgung der Pilzentwickelung in seinen verschiedenen Phasen nicht. Man mufs nämlich beachten, dafs sich die sporogenen Hyphen, wenigstens was das Trichophyton anbelangt, erst eine gewisse Zeit nach den Mycelien entwickeln. Diese Zeit variiert je nach der Zusammensetzung des Nährbodens etc. von einigen Stunden bis zu einem Tage und darüber. Damit ferner die conidienführenden Hyphen ihre Entwickelung erlangen können, ist auch wieder ein gewisser Zeitraum erforderlich, der, wie kurz er auch sein mag, immerhin beträchtlicher sein wird, als das Nährmaterial, aus dem der hängende Tropfen besteht, zu seiner Austrocknung bedarf.

Die Übelstände der Methode beschränken sich jedoch nicht hierauf. Bekanntlich bedient man sich als Nährmaterial für den hängenden Tropfen meist der Fleischbrühe, seltener der Gelatine oder des Agar-Agar. Nun aber begünstigen sämtliche flüssigen Nährböden, welches auch ihre chemische Zusammensetzung sein mag, was wenigstens das Trichophyton und die anderen pathogenen Pilze des Menschen anbelangt, kraft ihrer physikalischen Beschaffenheit, die Entwickelung der Mycelien, während die sporogenen Hyphen in ihrem Wachstum gehemmt werden. Dasselbe läfst sich auch von den festen Nährböden — Agar, Gelatine — sagen, die man zur Bildung des hängenden Tropfens verwendet; der Grund ist aber hier ein anderer und unabhängig von der physikalischen Beschaffenheit des Nährbodens. Beim Trichophyton entwickeln sich die sporogenen Hyphen mit Vorliebe auf der Oberfläche der Nährsubstanz, während in der Tiefe derselben mehr die Mycelien vorherrschen. Im hängenden Tropfen dagegen ist die zu untersuchende Spore von der Luft abgeschlossen

und befindet sich demnach in ungünstigen Ernährungsverhältnissen; die Bildung der sporogenen Hyphen, die den Beobachter allein interessieren, unterbleibt und die Spore erzeugt nur Mycelien und Reproduktionsorgane wie die sogenannten Mycelsporen, die denjenigen analog sind, die man im parasitären Leben des Pilzes anzutreffen pflegt.

Da ich die Gewifsheit erlangt habe, dafs den makroskopischen Verschiedenheiten der einzelnen Pilztypen auch mikroskopische entsprachen, beschlofs ich, eine Reihe von Untersuchungen anzustellen, um gewisse mykologische Besonderheiten nachweisen zu können, welche eine Differenzierung der einzelnen Pilztypen gestatteten, wie dies bereits die Unterschiede in den Kulturen ermöglichten.

Zu diesem Zwecke benutzte ich einen festen horizontal angelegten Nährboden, da sich das Trichophyton in botanischer Beziehung nur auf diese Weise am vorteilhaftesten studieren läfst. Als Recipienten für das Nährmaterial eignen sich in dieser Beziehung am besten die Fläschchen von Lermocier, und zwar ist es besser, von den gröfseren zu nehmen. In denselben kann sich der Pilz, wie Sabouraud bemerkt, von der centralen Partie nach allen Richtungen in symmetrischer Weise auf einem Substrat entwickeln, das an allen Stellen dieselben Dicken- und Feuchtigkeitsverhältnisse zeigt. In den gewöhnlichen Reagensgläschen dagegen zeigt sich der Übelstand, dafs wenn die Kolonie eine gewisse Ausdehnung erreicht hat, sie seitwärts auf die Wandungen des Gefäfses stöfst, wodurch ihre Entwickelung gehemmt und die normale Sporulation gehindert wird. Allerdings kann sich die Kolonie in der Längsrichtung des Reagensgläschens entwickeln, dann befinden sich aber die verschiedenen Teile der Kolonie nicht mehr unter denselben Ernährungsverhältnissen, indem das Substrat oben und gegen die Glaswandungen zu dünn und trocken, nach der Tiefe zu dagegen dicker und feucht ist. Infolgedessen zeigen dann auch zwei Abschnitte einer vollständigen Kolonie bereits makroskopisch sichtbare Unterschiede, denen nicht unbeträchtliche Unterschiede in der Beschaffenheit und Ausdehnung der Befruchtungsorgane entsprechen. Eine vergleichende mykologische Untersuchung erfordert aber, dafs sich die Kolonien stets unter denselben Bedingungen befinden, d. h., dafs keine Unterschiede in der chemischen Zusammensetzung des Nährbodens, im Alter der Kulturen, in der Temperatur etc. vorliegen. Es mufs ferner darauf geachtet werden, dafs die verschiedenen Untersuchungen in der Serie der Beobachtungen in gleichen Zwischenräumen gemacht werden und man soll sich niemals mit einer einzelnen Untersuchung begnügen, weil einzelne Sporulationsbilder nur in bestimmten Altersperioden der Kolonie zu beobachten sind. Aufserdem soll man nicht bei der Untersuchung eines einzigen Fragmentes der Kolonie stehen bleiben, sondern solche sowohl aus den centralen wie aus den peripheren oder irgend

welchen anderen Teilen der Kolonien heraussuchen, wo makroskopisch Unterschiede entdeckt werden können.

Es ist ratsamer, die Fragmente nicht zwischen Objektträger und Deckgläschen gewaltsam zu zerdrücken, sondern sie sorgfältig mit der Nadelspitze zu zerzupfen; es ist ferner notwendig, dafs die Präparate in einer Flüssigkeit untersucht werden, welche die Einzelheiten der Pilzmasse möglichst scharf hervortreten läfst. Als derartige Flüssigkeit hat sich mir am vorteilhaftesten bewährt eine Mischung von Chloral, Essigsäure und unterschwefligsaurem Natron.

Bevor ich zur genaueren Beschreibung des Befundes übergehe, will ich erklären, dafs es nicht meine Absicht war, mich in ein botanisches Studium der verschiedenen Trichophytontypen einzulassen; ich will nämlich gleich gestehen, dafs ich mich in diesem Wissenschaftszweige nicht kompetent genug fühle.

Meine Absicht ist vielmehr, die Aufmerksamkeit der Forscher auf eine Thatsache hinzulenken, welche zur Stütze der nunmehr allgemein verbreiteten Ansicht über die Pluralität der Trichophytonpilze dienen dürfte, die Thatsache nämlich, dafs jeder Pilztypus durch das besondere Aussehen seiner Reproduktionsorgane gekennzeichnet wird, die an sich schon hinreichen, um sie von anderen zu unterscheiden, wie man sie bereits nach dem makroskopischen Verhalten der Kulturen differenzieren konnte, welches auch die chemische Zusammensetzung des Nährbodens sein mag. Von den verschiedenen Erscheinungsweisen, unter denen die Conidien in einem jeden Typus in den verschiedenen Nährböden auftreten, will ich nur diejenigen beschreiben, die ich in Mannit, Glycerin und auf Kartoffeln gewinnen konnte. Von diesen hebe ich ferner nur diejenigen hervor, die mehr wie alle anderen von den sporogenen Organen eines jeden Typus abstechen. Ich hielt es für ratsam, diese Conidien wegen ihrer Form und wegen der Art, wie sie sich mit den sporogenen Hyphen vermischen, eben sowohl zu beschreiben als diejenigen, die sich besonders gut zur Kennzeichnung eines bestimmten Typus eignen. Bei einigen Pilztypen lassen sich dieselben in allen von mir verwendeten Nährböden und in jeder Altersperiode der Kolonie nachweisen; bei anderen dagegen sind sie nur auf einem bestimmten Nährboden und in einer gewissen Periode des Pilzwachstums zu entdecken. Bei dieser Gelegenheit will ich bemerken, dafs beinahe bei allen Trichophytontypen das Aussehen der Vervielfältigungsorgane nach dem Alter der Kolonie variiert, d. h. die Conidien, die man z. B. in einer 10 Tage alten Kolonie untersucht, sehen in einer solchen von 20 Tagen mehr oder weniger verändert aus und sind öfters durch andere von ganz verschiedenem Aussehen ersetzt.

Den acht an anderer Stelle bereits makroskopisch beschriebenen

Trichophytontypen muſs ich einen neunten anfügen, der von zwei Fällen von Herpes tonsurans der Augenlider stammt.

Zur Unterscheidung der einzelnen Typen behalte ich die bereits früher benutzte Nomenklatur bei, welche der botanischen Charakteristik am besten entspricht.

Ich unterschied nämlich

einen Typus mit weiſslichen Kulturen,
„ „ „ schwarzen Kulturen,
„ „ „ gelb-weiſsen Kulturen,
„ „ „ staubförmigen, gelben Kulturen,
„ „ „ roten Kulturen,
„ „ „ rosaroten Kulturen,
„ „ „ braungelben Kulturen,
„ „ „ kraterförmigen, gelben Kulturen.

Zu diesen gesellt sich nun der neunte Typus, der, wie bereits erwähnt, von zwei Fällen von Trichophytie der Lider stammt.

Typus mit weiſsen Kulturen. — Dieselben rühren her von vier Fällen von Herpes tonsurans des Kopfes und einem Falle von Trichophytia pilaris des Bartes. Die Kolonien haben in allen Nährböden ein reinweiſses Aussehen.

Die jungen Kolonien bilden ein dichtes Flaumbett, später trocknet diese Flaumdecke ein und verwandelt sich in eine Kruste und sodann in eine staubartige Schicht.

Das Mycel dieses Trichophytontypus besteht aus cylinderförmigen Zellen, deren Diameter von 10—20 μ Länge und 2—3½ μ Breite variiert. Das Zellprotoplasma ist homogen, und nur beim Älterwerden der Kolonie sieht man stellenweise ein Fetttröpfchen. Die Mycelfäden verlaufen nicht geradlinig, sondern krümmen und verteilen sich, anastomisieren untereinander und bilden eine dichte Filzdecke. Von diesen Fäden stammen andere dickere Hyphen ab, die durch Scheidewände in ebenso viele Zellen von 2½—4 μ Breite und 8—15 μ Länge abgeteilt werden. Fig. 1. Diese letzteren Hyphen enthalten die Sporen, welche aus einer Art von Protuberanz entstehen, die sich in den Zellen der sporogenen Hyphen in der Nähe der Scheidewände bildet. Fig. 1a. Die Sporen haben eine regenwurmartige Form, Fig. 1b, und zerfallen in eine Unzahl von vollkommen cylindrischen Zellen, welche durch Querwände geschieden sind. Beim fortschreitenden Wachstum biegen sich die Sporen kreisförmig zusammen und bilden sich schlieſslich wahre Spiralen. Fig. 1c. Aus den Zellen dieser Spiralen, welche Zellen sozusagen niemals breiter als 3 μ und länger als 10 μ werden, entstehen weitere Fäden, die wieder in mehrere Zellen zerfallen. Fig. 2. Diese Fäden, deren Länge sehr verschieden ist, verlaufen ebenfalls nicht geradlinig, krümmen sich auch in mannigfaltiger

Weise, zeigen aber selten Spiralform. Fig. 4. Diesen Sporulationstypus trifft man in den jüngeren Kolonien an, solange diese noch eine feine Flaumdecke bilden; mit dem Verschwinden derselben treten an Stelle der spiralförmigen Sporen andere von verschiedener Form und Dimension.

Betrachtet man unter dem Mikroskop ein Fragment einer ausgewachsenen Kolonie, so sieht man Hyphen mit Zellen mit homogenem Protoplasma, von verschiedener Länge, von denen kleine Ästchen ausgehen, die aus einer einzigen Zelle bestehen; diese Ästchen (Fig. 5) tragen seitwärts an einem Stiele einzellige, an ihrem freien Ende abgerundete Sporen; an der Stelle dagegen, wo sie am Stiele befestigt sind, sehen sie länglich aus. Wenn diese 2—3 μ breite und 3—4 μ lange Sporen ihre Reife erlangt haben, lösen sie sich von der conidientragenden Hyphe ab, indem sie den Stiel mitnehmen, den sie dann später abstofsen. In den ganz alten Kulturen mit ausgetrocknetem Substrat läfst sich aufser der eben beschriebenen Sporulationsform mit Leichtigkeit eine andere Art von Conidien erkennen, welche regelmäfsige, doppeltkonturierte Gebilde von 5—8 μ Breite und 25—33 μ Länge darstellen. Fig. 6. Diese Sporen sind weder endständig, noch werden sie von Ästchen getragen; sie sind rosenkranzartig in demselben Faden angeordnet und gewähren einen Anblick, als ob die Zellen der Hyphen aufgetrieben waren. Fig. 6. Sie enthalten sechs oder sieben stark lichtbrechende Körnchen, unter die sich Fetttröpfchen mischen.

In den auf Kartoffeln gezüchteten Kulturen trifft man diese Sporulationsformen sehr selten, und wenn überhaupt, in verschiedener Art modifiziert an. Das weifse Trichophyton dagegen erzeugt auf diesem Nährboden äufserliche Conidien, die sich am Ende eines Mycelfadens entwickeln. Die Sporen sind durch quere Scheidewände in ebenso viele vollkommen cylindrische Zellen mit gekörntem Protoplasma abgeteilt. Die Gröfsenverhältnisse dieser Sporen variieren je nach dem Alter der Kolonien und dem Feuchtigkeitsgrad des Nährbodens; zuweilen werden sie 25—30 μ lang. Fig. 7.

Typus mit schwarzen Kulturen. — Derselbe wurde bei verschiedenen Fällen von Trichophytie angetroffen. Sein Hauptmerkmal ist die schwarze Farbe, die er auf allen Nährböden, aufser auf Kartoffeln, beibehält, wo die Kolonie eine blut- bis ziegelrote Färbung zeigt. Das Mycel ist farblos, solange es jung ist, wird dann aber rasch schwarz. Querwände teilen es in unregelmäfsig cylinderförmige Zellen von verschiedener Gröfse. Die sporogenen Hyphen sind intensiv braun gefärbt; die Zellen, aus denen sie sich zusammensetzen, zeigen eine centrale Einschnürung. Fig. 8. Diese Einschnürung nimmt an Tiefe immer zu, bis sich schliefslich jede Zelle in deren zwei teilt, die voneinander unabhängig sind und eine runde Form annehmen. Fig. 9. Die Wandung dieser auf solche Weise getrennten Zellen

wird dicker und bildet eine Art von doppelkonturierter Höhle mit körnigem Inhalt. Fig. 10. Diese Sporulationsform kommt nur bei jungen Kulturen vor; die älteren haben rundliche Sporen mit dicker Wandung, welche vermittelst eines kleinen Stieles am Mycelfaden hängen, der oft so kurz ist, daſs man ihn nur schwer sieht. Fig. 11. Im allgemeinen sind diese runden Sporen von schwarzer Farbe und isoliert; ihr Durchmesser variiert von 3—6 μ. Zuweilen aber (und zwar scheint dies vom Feuchtigkeitsgehalt des Nährbodens abzuhängen) sind diese Sporen in unregelmäſsiger Weise gruppiert, Fig. 12; es scheint, wie wenn sie untereinander durch eine Kittsubstanz, vielleicht auch durch kleine Rauhigkeiten oder Zähnchen auf ihrer Oberfläche zusammengehalten werden. In den ein Jahr und darüber alten Kulturen werden die beschriebenen Formen äuſserst selten und an ihrer Stelle findet man enorme, endständige Sporen, welche von geraden Mycelfäden getragen werden, die selbst durch Scheidewände in ovale $2^1/_2$—$3^1/_2$ μ breite und 7—10 μ lange Zellen mit zusammengedrückten Polen getrennt werden. Fig. 13.

Diese doppeltkonturierten Sporen mit stark lichtbrechendem körnigen Inhalt können bis 35 μ lang und 12 μ breit werden. Auf Kartoffeln erzeugt das schwarze Trichophyton eine Form von fruchttragenden Organen, die sich von den in anderen Nährböden angetroffenen unterscheiden und für diesen Nährboden charakteristisch sind. Auf Kartoffeln sind die Mycelfäden in ebensoviele biscuitförmige Zellen von verschiedener Gröſse abgeteilt. Auf denselben sind die Sporen keulenförmig befestigt und durch Scheidewände in verschiedene Segmente geteilt.

Die Sporen entstehen direkt aus Protuberanzen, die sich seitlich an den Zellen, etwas unterhalb der Scheidewand bilden, welche eine Zelle von der anderen trennt.

Typus mit gelbweiſsen Kulturen. — Im Mannit erscheinen die Kolonien seitlich in Gestalt einer kleinen Sonne mit weiſsen geradlinigen Strahlen, das Centrum dagegen hat die Gestalt eines gelben Knopfes. Unter dem Mikroskop betrachtet, bestehen die peripheren Fäden ausschlieſslich aus Mycelien, während sich der centrale Knopf aus fruchttragenden verästelten Hyphen zusammensetzt, die untereinander anastomosieren und in ebensoviele cylinderförmige Zellen mit homogenem, durchsichtigem hyalinen Protoplasma geteilt sind. Sobald sie ausgewachsen sind, verändern diese Zellen ihr Aussehen. An beiden Enden einer jeden Zelle entsteht ein zunächst ganz kleines Körnchen, das aber rasch an Umfang zunimmt, Fig. 15. Gleichzeitig schwillt auch die Zelle selbst an beiden Enden an, verliert ihre cylindrische Gestalt und wird biscuitförmig; die Wandungen verdicken sich, die centrale Einschnürung nimmt an Tiefe zu und schlieſslich teilt sich die Zelle in zwei kugelförmige unabhängige Abschnitte, die entschieden als Sporen betrachtet werden müssen. Fig. 16.

Diese Sporulationsform ist den jugendlichen Kolonien eigen. Die ausgewachsenen Kolonien auf Mannit führen Mycelfäden, die sich aus unregelmäfsigen, höckerigen Zellen zusammensetzen, Fig. 17; aus dem Höcker ensteht ein konischer Knopf, der in senkrechter Richtung auf dem sporogenen Mycel wächst und längliche Sporen bildet, Fig. 17a. Diese Conidien erreichen eine Länge von 25—32 μ. Zahlreiche Scheidewände teilen sie in Fächer ein; ihre Farbe ist gelb. Das freie Ende ist zugespitzt, das andere dagegen, wo sie an den Hyphen festsitzen, stumpf.

Auf Glycerin ist die beschriebene Sporulationsform sowohl in den jugendlichen als in den ausgewachsenen Kolonien konstant; die Sporen dagegen sind kleiner; sie sind $1^1/_2$ μ breit und 18—20 μ lang, Fig. 18. Äufserst zahlreiche Scheidewände trennen die Spore in kleine Segmente. Die Sporen sind direkt an der conidientragenden Hyphe befestigt und bilden mit ihr einen beinahe rechten Winkel.

Auf Kartoffeln dagegen sind die fruchttragenden Organe nicht mehr seitlich, sondern endständig angeordnet. Die sporogenen Hyphen zerfallen in Äste, die selbst wieder Ästchen aussenden, welche an ihrem freien Ende biscuitförmige Sporen von 7—10 μ Länge und 3—4 μ Breite führen, Fig. 19. Die Einschnürung, welche die Sporen in zwei gleiche Abschnitte teilt, ist zuweilen so ausgesprochen, dafs sie die Spore in zwei voneinander unabhängige und übereinandergelagerte kuglige Zellen teilt. Fig. 19a. Auch kommt der Fall vor, dafs sich zwei Einschnürungen bilden, wodurch die Spore in drei Abschnitte geteilt wird.

Typus mit kleinen Kulturen. — Denselben habe ich in zwei Fällen von Trichophytie der Cilien und Augenbrauen und der umgebenden haarlosen Partien angetroffen; sie gehören zwei Kindern an, die beide in einem Zwischenraume von 14 Tagen, von verschiedenen Wohnorten stammend, in unserer Klinik behandelt wurden. Das eine hatte sich an einem Kalbe infiziert, das selbst von einem Hunde angesteckt worden war. Bei dem zweiten liefs sich die Infektion mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf Schweine zurückführen. Diese Trichophytonvarietät unterscheidet sich nicht unbeträchtlich sowohl mikro- als makroskopisch von den anderen. Die Kolonien haben ein schmutzigweifses, rufsartiges Aussehen, das nach der Zusammensetzung des Nährbodens etwas variiert; sie wachsen in symmetrischer Weise und bilden eine Reihe konzentrischer Schichten, welche durch einen leichten Wulst voneinander getrennt sind. Die Kolonien wachsen nicht nach der Tiefe des Nährbodens zu, sondern bleiben ausnahmslos oberflächlich und bilden ein dünnes Häutchen.

Mikroskopisch erweist sich dieser Typus als ein Konglomerat von äufserst dünnen Mycelfäden, von denen aus später die fruchtführenden Fäden ausgehen; diese bestehen aus unregelmäfsig cylinderförmigen, auf der einen Seite leicht konkaven, auf der anderen konvexen Zellen

von schmutzig weifser Farbe, Fig. 20; sie sind nie über 20 μ und $1^1/_2$ μ breit.

Auf Mannit hängen die bräunlichen Sporen, mit homogenem Protoplasma, vermittelst eines kurzen Stieles mit der sporogenen Hyphe zusammen, Fig. 20. Die Conidien bestehen aus einer einzigen länglichen, biscuitförmigen, 15—20 μ langen und 3—4 μ breiten Zelle.

Auf Glycerin sind sowohl die mycelialen als die sporogenen Hyphen dünner als auf Mannit, Fig. 21; auch die von ihnen stammenden Sporen sind kleiner; die Einschnürungen sind weniger ausgesprochen, wodurch die Zellen ein biscuitförmiges Aussehen erhalten. Die Sporen lösen sich mitsamt ihrem Stile frühzeitig von der Hyphe ab.

In den älteren Kulturen auf Mannit ist diese Sporulationsform durch sogenannte Mycelsporen ersetzt, welche durch Verkürzung der Hyphenzellen und Verdickung ihrer Wandungen entstehen, wodurch sie sich in ebensoviele kleine kugelförmige Gebilde umwandeln. Fig. 22.

Bei den jungen Kulturen auf Kartoffeln kehren wir wieder zu einem Befruchtungstypus zurück, welcher demjenigen bei Kulturen auf Mannit sehr ähnlich sieht; nur ist hier die Einschnürung viel ausgesprochener, Fig. 23, und führt zur vollständigen Trennung der Sporen in zwei unabhängige Abschnitte, die sich in Form von kleinen Kugeln ablösen. Fig. 24.

Die alten Kulturen auf Kartoffeln erscheinen makroskopisch nicht mehr als staubartiger Belag von rufsgrauer Farbe, sondern sie haben nun ein feuchtes Aussehen und sind schwarz. Die Sporen stehen nicht mehr seitlich, sondern an den Enden der conidientragenden Hyphen. Fig. 25. Diese Sporen sind viel gröfser als die obigen und durch Scheidewände in drei oder vier Fächer eingeteilt. Fig. 25. Die einzelnen, die Spore zusammensetzenden Teile bleiben noch eine Zeit lang vereinigt, selbst wenn sich die Spore bereits vom Stiele losgelöst hat; später lösen sie sich dann in Form von unregelmäfsig rundlichen Körperchen mit homogenem Inhalte los. Fig. 25.

Typus mit staubartigen gelben Kulturen. — Derselbe beginnt in Gestalt eines kleinen kanariengelben Knopfes, von dem aus eine grofse Menge von dünnen Strahlen ausgehen, die nach allen Richtungen nach der Tiefe des Nährsubstrates hinstreben. Die zuerst flaumartige Kolonie verwandelt sich nach und nach in einen staubartigen Belag. Abgesehen von diesen unbedeutenden Unterschieden, sind die Kulturen bei dieser Varietät auf allen Nährböden identisch, dieselben Alters-, Feuchtigkeits-, Temperatur- und Lichtbedingungen vorausgesetzt.

Das gelbe, staubartige Trichophyton bildet aus Mannit ein im jugendlichen Stadium farbloses, später strohgelb werdendes Mycel, dessen Fäden cylinderförmige, 15—35 μ lange, $3^1/_2$—5 μ breite Zellen enthalten. Die sporogenen Hyphen tragen kleine Ästchen, die sich wieder in eine Anzahl

noch dünnerer Ästchen teilen, welche in Ausläufer mit endständigen kugeligen Anschwellungen oder Sporen mit homogenem Protoplasma enden; ihr Durchmesser übersteigt niemals 7 μ, Fig. 26. Auf Glycerin teilen sich die Ästchen in andere äufserst feine Unterabteilungen, die zusammen ein flockenartiges Gebilde darstellen. Die runden, doppeltkonturierten Sporen legen sich direkt an der Spitze dieser Ausläufer an, Fig. 27. Meist lösen sich die Sporen ohne die dazu gehörenden Ausläufer ab.

Den oben beschriebenen Befruchtungstypus findet man in den Kulturen auf Mannit und Glycerin nur bis zu einer gewissen Altersperiode der Kolonie. Nach dem dritten oder vierten Monat tritt eine Änderung in den Reproduktionsorganen ein: die Conidien stehen nicht mehr seitwärts an den in verschiedener Weise geteilten Fäden, sondern sind endständig. Die Endsporen bestehen aus ebensovielen ovalen Anschwellungen, die unter einander durch eine äufserst feine Röhre verbunden sind, Fig. 28.

Am Mycelfaden bildet sich eine Einschnürung, die sich immer tiefer einsenkt bis die einzelnen Auftreibungen sich vollständig voneinander lostrennen, Fig. 29. Nachdem dies letztere geschehen, stofsen die frei gewordenen kugelförmigen Gebilde sehr bald den Rest des kleinen Röhrchens ab, der an ihnen haften geblieben und wandeln sich in ovale Ballen mit verdickten Wandungen und hyalinem Protoplasma um, Fig. 30.

In den Kulturen des gelben Trichophyton auf Kartoffeln sind die Sporen ebenfalls endständig. In einem gewissen Zeitpunkte teilen sich die sporogenen Hyphen in vier oder fünf Fäden, die an ihrem Ende eine ampullenartige Anschwellung tragen, Fig. 31. Später entsteht in dieser Anschwellung eine Einschnürug, welche die Ampulle in einen weiteren und einen engeren Abschnitt teilt; es bildet sich eine Art von Kugel, deren Membran sich nach und nach verdickt, wodurch das Gebilde doppelt konturiert erscheint und einen körnigen Inhalt umschliefst, Fig. 32.

Typus mit roten Kulturen. — Die Kolonien dieses Trichophyton nehmen je nach dem Nährboden, auf dem sie sich entwickeln, alle Farbstufen des Rot an; vom glänzenden Dunkelrot der Kolonien auf Mannit geht es allmählich über zur Weinhefenfarbe der Glycerin- und dem Ziegelrot der Kartoffelkulturen. Diese charakteristische Farbe zeigt sich jedoch erst am achten oder neunten Tage. Die jungen Kulturen sind glänzend weifs auf Mannit, schmutzig weifs auf Glycerin und Kartoffeln. Das Erscheinen dieser Färbung fällt zusammen mit dem Auftreten von Befruchtungsorganen, die sich von denen in der ersten Periode unterscheiden. In den jugendlichen Kulturen herrscht ein vegetatives System vor, das aus mycelialen Hyphen besteht, die durch quere, von einander ziemlich weit entfernte Scheidewände in Zellen mit homogen gefärbtem, niemals gekörntem Protoplasma getrennt werden. In dieser Periode hat man ausschliefslich sogenannte Mycelsporen, d. h. die Zellen, welche die frucht-

baren Hyphen bilden, verkürzen sich und runden sich ab, wodurch eine rosenkranzartige Anordnung der Sporen entsteht, Fig. 33. Erst in der zweiten Woche treten an Stelle der mycelialen Sporen solche, die äufserlich durch kompliziertere Produktionsapparate getragen werden.

Auf Mannit treten vom achten Tage an sporogene Hyphen auf, die sich durch ihre Zellen mit gekörntem Protoplasma und ihre glänzende dunkelrote Farbe auszeichnen. Diese Hyphen haben einen geschlängelten, fast spiralförmigen Verlauf, Fig. 34a. Auf der konkaven Seite dieser Spirale sind dann die Sporen an einem kurzen, kleinen Stiele befestigt. Diese vollständig runden Conidien mit einer ziemlich verdickten Wandung und homogenem Inhalt sind farblos; ihr Durchmesser wechselt von 5—8 μ, Fig. 34.

In den ausgewachsenen Kulturen in Glycerin bestehen die conidientragenden Hyphen ebenfalls aus gekörntem und gefärbtem Protoplasma; der Verlauf dieser Hyphen ist gradlinig; sie tragen an kurzen Stielen längliche, beerenförmige, durch Scheidewände in eine unbestimmte Anzahl von Zellen abgeteilte Sporen, Fig. 35. Diese Sporen erreichen zuweilen eine Länge von 25 μ. Die Zellen, die sie zusammensetzen, haben eine unregelmäfsig cylindrische Gestalt; der Inhalt ist homogen und farblos. In den ausgewachsenen Kulturen auf Kartoffeln zeigt das rote Trichophyton sehr grofse endständige Conidien. Diese 25—35 μ langen und 10—18 μ breiten Conidien entstehen aus einer Anschwellung, die sich am Ende der Hyphe bildet und immer an Umfang zunimmt bis sie die oben angegebenen Dimensionen erreicht hat, Fig. 37. Der Inhalt dieser Sporen ist zuerst homogen, nach und nach wird aber die Wandung dicker und im Centrum entstehen dicke, etwas gefärbte und mit Fetttröpfchen vermischte Körnchen, Fig. 38.

Typus mit rosaroten Kulturen. — Die Farbe wechselt je nach dem Nährboden von fleischrot bis blafsrosa; zuerst bilden sie eine Flaumdecke, dann einen staubartigen Belag. In den Kulturen auf Mannit sitzen die runden Sporen seitlich oder endständig an den Hyphen vermittelst eines cylindrischen Ästchens. Die Zellen der conidientragenden Hyphen haben cylinderförmige Gestalt und enthalten ein körniges, rosarotes Protoplasma, Fig. 39. Auf Glycerin fehlen die traubenförmig angeordneten Sporen, dagegen hat man seitwärts liegende sessile Sporen.

Die Zellen der conidienhaltigen Hyphen sind zuerst cylindrisch, später erscheint seitlich eine Art von Protuberanz, Fig. 40, welche allmählich an Umfang zunimmt, Fig. 41, und sich schliefslich von der übrigen Zelle lostrennt, Fig. 42. Diese Auftreibung der Zelle kommt nicht durchwegs an derselben Seite oder regellos bald auf der einen oder anderen Seite zu stande, sondern abwechselnd bald rechts, bald links. Auf Kartoffeln sehen die fruchttragenden Organe sehr denen auf Glycerin

ähnlich, nur haben die Conidien eine cylindrische Gestalt; sie sind aufserdem kleiner und ihr Durchmesser übersteigt nirgends 6 μ, Fig. 43.

Typus mit braun-gelben Kulturen. — Derselbe liefert unter allen den von mir untersuchten Typen die staubreichsten Kulturen. Die einzelnen Kolonien bestehen aus ebenso vielen konzentrischen Zonen, die sich um einen centralen dunkelgelben Knopf reihen; die einzelnen Zonen erhalten gegen die Peripherie zu eine stets hellere Farbe, so dafs die äufsersten eine helle Milchkaffeefarbe zeigen. Untersucht man mikroskopisch Fragmente aus den verschiedenen Zonen, so sieht man, wie eine jede derselben zu Organen einer verschiedenen Befruchtungsart in Beziehung steht. Diese Thatsache ist allen Nährböden eigen; am auffälligsten erscheint sie aber auf Mannit.

Diese verschiedenen Reproduktionsorgane an der Grenze zwischen den einzelnen Zonen können gleichzeitig nebeneinander bestehen, bis schliefslich die eine oder die andere die Oberhand gewinnt.

Untersucht man unter dem Mikroskop etwas von dem braunen Staub, der die centrale Partie der Kolonien auf Mannit bedeckt, so erkennt man, dafs dieser Staub aus sporogenen Hyphen mit den dazu gehörenden Sporen besteht. Die conidientragenden Hyphen sind durch quere Scheidewände in cylindrische, 4—5 μ breite und 20—28 μ lange Zellen geteilt, deren Protoplasma ein homogenes, hyalines Aussehen hat, später aber körnig wird. Von diesen Zellen gehen an einer der Scheidewand benachbarten Stelle kleine Knospen aus, die zuerst eine konisch-cylindrische Form haben, Figg. 44 u. 45a, später aber schwillt das freie Ende blasenförmig an und dieses blasenförmige Gebilde trennt sich, nachdem es einen gewissen Umfang erreicht hat und reif geworden ist, vom Stamme ab und seinerseits löst sich auch der Knopf von der Stammzelle ab, Fig. 45b. Diese Blasen sind offenbar Sporen und der Knopf dient ihnen als Stiel.

Nachdem die Sporen frei geworden, gehen sie eine Veränderung ein: die zuerst dünne Zellwandung wird dicker, wodurch die Zelle ein doppelt konturiertes Aussehen erhält, Fig. 45c, das Protoplasma dieser Zellen wird gekörnt; diese Körner zeigen eine gewisse Neigung, sich an den beiden Zellboden zu gruppieren, Fig. 45d.

Untersucht man hingegen Fragmente von Kulturen auf Mannit aus einer der den centralen Knopf umgebenden Zonen, so findet man an Stelle der Endosporen Exosporen. Die Zellen der sporogenen Hyphen schwellen abwechselnd an und führen zur Entstehung einer runden Spore, Fig. 46.

In den jungen Kulturen auf Kartoffeln dagegen bestehen die Befruchtungsorgane aus Hyphen, denen direkt und ohne Vermittlung von Stielchen birnenförmige, $3^1/_2$—5 μ lange und $1^1/_2$—$2^1/_2$ μ breite Conidien anliegen, Fig. 47 u. 48.

Die oben beschriebenen Befruchtungsorgane trifft man nur in jungen Kulturen an, deren Alter 15 Tage nicht übersteigt. Betrachtet man dagegen ein Fragment von einer ausgewachsenen Kultur aus irgend welchem Nährboden, so sieht man das Gesichtsfeld vollständig von Klamidosporen besetzt; dieselben sind spindelförmig und in eine unbestimmte Anzahl (mindestens drei und niemals mehr als elf) Zellen geteilt; ihre Länge beträgt 35—50 μ, ihre Breite 8—20 μ. Sie hängen an einem langen Ästchen, das mit dem Mycelfaden zusammenhängt, Fig. 49. Diese Sporen sind, wie bereits gesagt, in verschiedene Fächer oder Zellen eingeteilt, welche ein an Körnern und Fetttröpfen reiches Protoplasma enthalten, deren Wandung verdickt und doppelt konturiert und mit zahlreichen Punkten versehen ist, welche Rosendörnchen ähnlich sind, Fig. 50. Einzelne von den Zellen, welche die Sporen zusammensetzen, können unabhängig von den anderen an Umfang zunehmen und ihre normale cylindrische Gestalt in eine kugelige umwandeln, Fig. 51 u. 53. Die in dieser Weise veränderten Zellen trennen sich bald von den andern ab, wodurch es zur Auflösung der Klamidosporen kommt, Fig. 52.

In den zehn bis zwölf Monate alten Kulturen sieht man aufser den obengenannten Veränderungen stellenweise starke Auftreibungen an einer Hyphe; im Innern dieser Auftreibung befinden sich dicke Körner und Fetttropfen; sie trennen sich später von der Hyphe los, Fig. 54.

Typus mit kraterförmigen, gelben Kulturen. — Das Hauptmerkmal dieses Typus ist das tiefe Eindringen der Kolonien in das Nährsubstrat, und zwar im Centrum wie an der Peripherie; in den dazwischenliegenden Partien dagegen erhebt sich die Kolonie in die Höhe, wodurch sie ein kraterförmiges Aussehen erhält. Mikroskopisch sieht man in den Kulturen auf Mannit unter sich anastomosierende Hyphen, die durch quere Scheidewände in unregelmäfsig cylinderförmige Zellen mit homogenem Protoplasma geteilt sind. An gewissen Stellen der Zellenwandung zeigt sich seitwärts eine kugelförmige Auftreibung von 2—3 μ Durchmesser. Nach einer gewissen Zeit erscheint unterhalb der ersten Auftreibung eine zweite, welche die erstere, von der sie durch eine Scheidewand getrennt ist, nach oben schiebt; unterhalb der zweiten zeigt sich wieder eine dritte und so weiter. Es entsteht dadurch eine Reihe hinter einander stehender Kugeln von verschiedener Gröfse, Fig. 55. Die älteren Sporen nehmen bis zu einem gewissen Grade stets an Umfang zu und lösen sich dann von der Kette los. Die ausgewachsenen Sporen unterscheiden sich von den jüngeren nicht nur durch den gröfseren Umfang, sondern auch noch durch andere Merkmale: das Protoplasma ist nicht mehr homogen, sondern gekörnt; die Zellenwandung wird dicker und erscheint doppelt konturiert, Fig. 56. An diesem Punkte angelangt, löst sich die Zelle von der benachbarten ab; zuweilen hängen mehrere solcher abfallender Zellen zu-

sammen. Auf Kartoffeln sind die Befruchtungsorgane denen auf Mannit identisch und unterscheiden sich von ihnen nur durch den Umfang. In Glycerin sind die Sporen in geradlinigen Ketten angeordnet; diese Ketten sind keilförmig, die Spitze des Keiles ist an der sporogenen Hyphe befestigt, die Basis dagegen wird von der ältesten Spore gebildet, welche im Begriffe steht, sich loszulösen. Das Hauptunterscheidungsmerkmal der Kulturen in Glycerin und derjenigen auf Mannit besteht aber in der Art und Weise, wie sich die Sporen lostrennen. Gleich nachdem sich die Spore aus der conidientragenden Hyphe gebildet hat, nimmt sie eine runde Gestalt an; später wird sie länglich und oval; gleich nachdem zeigt sich in der Richtung des gröfseren Durchmessers eine ebenfalls ovale Vacuole, die nicht genau im Centrum der Spore, sondern näher an ihrem oberen Pole liegt, Fig. 57. Diese Vacuole teilt sich sehr bald durch Bildung einer Scheidewand in zwei Höhlen, von denen die untere rund, die obere kegelförmig ist; die Spitze dieses Kegels erreicht endlich die Zellenwandung und durchbricht sie. Kurze Zeit vor dem Durchbruche der Zelle am oberen Pole erscheint am unteren, der mit der nachfolgenden Spore noch zusammenhängt, eine Auftreibung, die wie ein Stiel aussieht.

Die auf diese Weise veränderte Zelle sieht aus wie die Scheere eines Krebses oder Skorpions, Fig. 58. Eine andere Befruchtungsart vermochte ich bei dieser Trichophytonspecies nicht nachzuweisen, abgesehen etwa von den sogenannten mycelialen Sporen, welche in den Kolonien in den ersten Tagen ihres Bestandes auftreten, um dann vollständig zu verschwinden sobald dieselben einen gewissen Entwickelungsgrad erreicht haben.

Ich wiederhole nochmals, dafs ich keine botanische Studie der Trichophytonpilze zu machen beabsichtige. Eine solche würde sich in Anbetracht der zahllosen Varietäten des Pilzes unter den verschiedenen Umständen als aufserordentlich schwierig gestalten. Ich wüfste in der That nicht, auf welche derselben ich mich basieren sollte zur Aufstellung einer Klassifikation.

Ich hätte zwar zu einer künstlichen Klassifikation Zuflucht nehmen und als Typus eine Kolonie von einem bestimmten Alter wählen können, die sich auf einem Nährboden von derselben chemischen Zusammensetzung und unter denselben Bedingungen wie die Umgebung entwickelt hätte. Eine solche Klassifikation würde aber, eben weil sie vollständig künstlich wäre, für Andere gar keinen Wert haben.

Bei der Wahl des Nährbodens habe ich mich an die Formeln von Sabouraud gehalten. Die chemische Zusammensetzung dieses Nährbodens ist folgende:

Krystal. Mannit von Bertarelli	5,0
Granuliertes Pepton von Chassaing	1,0
Agar-Agar	1,30
Destilliertes Wasser	100,0.

Neutrales Glycerin	4,0
Pepton von Chassaing	1,0
Agar-Agar	1,30
Destilliertes Wasser	100,0.

Ich glaube mich nicht auf das Studium blofs dieser meiner Typen von Trichophyton, und ihre Entwickelungsweise auf einem der beschriebenen Nährböden beschränken zu sollen. Ich bezweifle zwar keineswegs, dafs dieselben nicht von der Mehrzahl der Forscher angenommen würden, bin aber überzeugt, dafs auch unter diesen Bedingungen, und wenn man sich über Temperatur, Beleuchtung etc. geeinigt, die einzelnen Forscher sich doch nicht unter denselben Bedingungen befinden würden, was aber absolut notwendig ist, wenn man kontrollieren will, was andere Autoren betreffend so veränderlichen Elementen beobachtet haben, wie dies die Trichophytonpilze sind. Angenommen auch, alle, welche hierüber Untersuchungen anstellen, bedienen sich stets als Nährsubstrat einer Substanz, die überall dieselbe chemische Zusammensetzung zeigt, was sehr unwahrscheinlich, so werden doch immer, wenn auch noch so geringe, Unterschiede unvermeidlich sein, welche die Hyphen, speziell die conidientragenden, in irgend einer Weise beeinflussen müfsten, und diese Elemente allein könnten zu einer Klassifikation verwendet werden. Jedermann, der sich mit Bakteriologie beschäftigt, weifs übrigens sehr wohl, dafs schwerlich zwei Nährböden, zu denen auch dieselben Dosen einer und derselben Substanz verwendet wurden, chemisch und physikalisch genau übereinstimmen, wenn sie zu verschiedenen Zeitpunkten bereitet wurden. Für eine der wesentlichsten Ursachen dieser ungleichen Resultate halte ich folgende: ein Teil des im Brütofen enthaltenen Wassers dringt in Dampfform durch die baumwollene Decke im Innern des Gefäfses und verändert dadurch die chemische Zusammensetzung des in Recipienten enthaltenen Materials, wegen der verschiedenen Substanzen, die in diesem Wasser enthalten sein können. Ferner verwandelt sich ein Teil des Materials selbst bei der hohen Temperatur in Dampf, durchtränkt nach und nach die Baumwolle, löst alle darin enthaltenen löslichen Substanzen auf und führt sie in die Masse des Nährmaterials hinüber. Dasselbe läst sich vom Filter sagen, der aus Papier, Wolle oder Baumwolle bestehen und von seinen eigenen chemischen Bestandteilen dem durchpassierenden Nährmaterial abgeben kann. Geschieht nun solches bei einer und derselben Person, die doch stets in demselben Laboratorium und mit Material von derselben Zusammensetzung arbeitet, um wie vielmehr mufs es nicht

vorkommen, wenn mehrere Forscher in verschiedenen Laboratorien ihre Untersuchungen vornehmen. Anstatt mich nun mit einer wertlosen Klassifikation abzugeben, will ich nur die Aufmerksamkeit des Lesers auf die Thatsache hinlenken, dafs die verschiedenen Pilzformen, die ich in meinen Fällen von Trichophytie gefunden habe, verschiedenen botanischen Spezies angehören. Die Mehrzahl dieser pathogenen Pilze sind bald in das eine, bald in das andere Genus einzureihen, je nach der chemischen Zusammensetzung des Nährbodens, dem Alter der Kolonie oder anderen Umständen, auf die ich hier nicht eingehen will. So zeigt der weifse Typus in den jungen Kolonien Sporulationsformen, welche dem Genus helicosporium angehören, in den ausgewachsenen Kolonien dagegen die sämtlichen charakteristischen Merkmale des Genus sporotrichum. Der Typus mit gelb-weifsen Kulturen auf Glycerin-Agar und Mannit gezüchtet, gehört der Gattung Oospor, auf Kartoffeln dagegen der Gattung Diospor an. Der Typus, wie ich ihn benannte mit kleinen Kulturen, hat in seinen jungen Kolonien Conidienträger, die der Gattung Sporotrichum eigen sind, in den reifen Kolonien dagegen charakteristische Sporen von Oospor. Die morphologischen Eigentümlichkeiten der Conidien des Typus mit gelben, staubartigen Kulturen gestatten seine Einreihung in die Gattung Bothrytis. Die fruchttragenden Organe des Typus mit roten Kulturen gehen von der Gattung Oospor zur Gattung Sporotrichum über; der Typus der rosaroten Kulturen dagegen vom Sporotrichum zur Bothrytis. Die Conidien des Typus mit braun-gelben Kulturen gehören ihren morphologischen Eigenschaften nach dem Genus fusarium und trichothecium an. Der Typus mit gelben, kraterförmigen Kulturen führt sporogene Hyphen, von denen einige zum Oospor zu rechnen sind; andere hingegen wüfste ich wirklich nicht wie einzureihen.

Einige der von mir untersuchten Pilze gehören Gattungen an, die verhältnismäfsig weit oben in der Stufenleiter der Hyphomyceten stehen.

Ich will ferner die nicht unwichtige Thatsache betonen, dafs die beschriebenen Trichophytentypen von den Nährböden in verschiedener Weise beeinflufst werden, d. h. einige derselben zeigen höhere conidientragende Formen in den Kulturen auf Mannit als in solchen auf Glycerin und Kartoffeln, bei anderen dagegen ist das Gegenteil der Fall.

Dies wären also die Resultate, zu denen ich bei meinen Untersuchungen gelangt bin. Gestützt darauf glaube ich den Schlufs ziehen zu können, dafs die verschiedenen Typen der von mir studierten sogenannten Trichophytenpilze nicht blofs Varietäten einer und derselben Gattung darstellen, sondern selbständige Spezies verschiedener botanischer Gattungen. Jener Komplex unter dem Sammelnamen Trichophytie bekannter krankhafter Zustände wird meiner Ansicht nach nicht durch einen einzigen spezifischen Erreger, das Trichophyton, verursacht und auch nicht durch verschiedene

Pilze derselben Gattung. Ich halte vielmehr dafür, dafs eine Anzahl der in unserer Umgebung lebenden niedereren Pilze unter gewissen, bisher unbekannten Ursachen auf der Haut des Menschen und der Tiere Boden fassen und jene Veränderungen hervorrufen können, die uns unter dem Sammelnamen Herpes tonsurans bekannt sind.

Erklärung der Figuren.

Tafel I.

Typus mit weifsen Kulturen. *Fig. 1.* Fragment einer jungen Kolonie. Sporogene Hyphe mit spiralförmig angeordneten, nicht vollständig entwickelten, regenwurmartigen — *b* — oder vollständig entwickelten spiraligen — *c* — Sporen.

Fig. 2. Ausgewachsene Spore mit anderen aus den Zellen der Spore selbst direkt abstammenden Fäden.

Fig. 3. Spiralförmige, von der Hyphe losgelöste Spore.

Fig. 4. Andere, ebenfalls freie und mit Ausläufern versehene Spore.

Fig. 5. Fragmente einer reifen Kolonie. Sporogene Ästchen mit seitlich an einem Stiele hängenden einzelligen Sporen.

Fig. 6. Fragmente einer sehr alten Kolonie mit längs der sporogenen Hyphe angeordneten Conidien.

Fig. 7. Fragmente einer Kultur auf Kartoffeln. Endständige Spore mit Fächern.

Typus mit schwarzen Kulturen. *Fig. 8—9.* Fragmente einer jungen Kolonie. Verschiedene Phasen der Entstehung der sog. mycelialen Sporen aus den Hyphenfäden.

Fig. 10. Myceliale Sporen.

Fig. 11. Fragment einer ausgewachsenen Kolonie. Äufserliche, mittelst eines Stieles an der Hyphe befestigte Sporen.

Fig. 12. Gruppenweise vereinigte Sporen.

Fig. 13. Reife Kultur. Endständige, doppeltkonturierte Sporen mit lichtbrechenden Körnern.

Fig. 14. Kulturen auf Kartoffeln. Keulenförmige, direkt auf der Hyphe sitzende Sporen.

Typus mit gelb-weifsen Kulturen. *Fig. 15.* Mycelfäden.

Fig. 16. Myceliale Sporen.

Fig. 17. Fragment einer Kultur auf Mannit. Längliche, durch Scheidewände in Fächer geteilte Sporen.

Fig. 18. Fragmente einer Kultur in Glycerin. Längliche Sporen.

Fig. 19. Fragmente einer Kultur auf Kartoffeln. Endständige, an der Spitze von sporogenen Ästchen sitzende Sporen.

Tafel II.

Fig. 20. Fragment einer Kultur auf Mannit. Vermittelst eines kleinen Stieles an der Hyphe befestigte Sporen.

Fig. 21. Fragment einer Kultur auf Glycerin. Nadelförmige, seitwärts am Fruchtfaden mittelst eines Stieles befestigte Sporen.

Fig. 22. Myceliale Sporen.

Fig. 23—24. Fragmente einer jungen Kultur auf Kartoffeln. Durch eine Einschnürung in zwei Zellen geteilte Sporen.

Fig. 25. An der Spitze einer Hyphe angeordnete Sporenkette.

Typus mit gelben, staubartigen Kulturen. *Fig 26.* Fragment einer Kultur auf Mannit. Endständige, traubenförmig angeordnete Sporen.

Fig. 27. Fragment einer Kultur auf Glycerin. Runde, doppeltkonturierte, an der Spitze der sporogenen Ästchen liegende Sporen.

Fig. 28, 29 u. 30. Myceliale Sporen.

Fig. 31 u. 32. Fragment einer Kultur auf Kartoffeln. Endständige Sporen an sporogenen Ästchen.

Typus mit roten Kulturen. *Fig. 33.* Fragment einer jungen Kultur. Myceliale Sporen.

Fig 34. Fragmente einer Kultur auf Mannit. Spiraltörmige conidientragende Hyphen mit grofsen, runden, doppeltkonturierten Sporen auf der konkaven Seite.

Fig. 35 u. 36. Fragment einer reifen Kultur auf Glycerin. Längliche Sporen.

Fig. 37 u. 38. Fragment einer ausgewachsenen Kultur auf Kartoffeln. Endständige, doppeltkonturierte Sporen mit Körnern.

Typus mit rosaroten Kulturen. *Fig. 39.* Fragment einer Kultur auf Mannit. Traubenförmig angeordnete Sporen.

Fig. 40, 41 u. 42. Fragment einer Glycerinkultur. Seſshafte, seitlich liegende Sporen.

Fig. 43. Fragment einer Kultur auf Kartoffeln. Gestielte, seitlich an der Hyphe liegende Sporen.

Tafel III.

Typus mit braun-gelben Kulturen. *Fig. 44 u. 45.* Fragment einer Kultur auf Mannit. Gestielte, rings um den Fruchtfaden kronenförmig angeordnete Sporen.

Fig. 46. Peripherer Teil einer Kultur auf Mannit. Myceliale Sporen.

Fig. 47 u. 48. Fragment einer jungen Kultur auf Kartoffeln. Seſshafte, seitlich an der Hyphe liegende Sporen von ovaler Form.

Fig. 49—53. Fragment einer ausgewachsenen Kultur. Spindelförmige, in zwei oder drei Zellen geteilte, äufserlich mit Stacheln versehene, an der conidientragenden Hyphe mittelst eines Ästchens hängende Klamidosporen.

Fig. 54. Fragment einer ausgewachsenen Kultur. Auftreibung an einer Stelle der Hyphe.

Typus mit gelben, kraterförmigen Kulturen. *Fig. 55 u. 56.* Fragment einer Kultur auf Mannit. Reihenförmig angeordnete, doppeltkonturierte, körnerhaltige Sporen.

Fig. 57 u. 58. Fragment einer Kultur auf Glycerin. Krebsscheerenförmige Sporen.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Aus der Praxis.

Das Kopfkissen in der Dermatologie.

Von

P. G. Unna.

Das Kopfkissen spielt in der Dermatologie eine gröfsere Rolle als die meisten Hausärzte und viele Fachkollegen sich träumen lassen und leider meistens eine schlechte, schädliche. Ich wurde zuerst vor mehreren Jahren durch einige prägnant halbseitige Fälle von Impetigo vulgaris des Gesichtes bei Erwachsenen darauf aufmerksam, dafs diese autoinokulable Krankheit sich durch Benutzung des Kopfkissens weiter ausbreitete. Dieselben hielten nachts eine bestimmte seitliche Lage inne und zeigten eine ungewöhnlich starke Verbreitung der Blasen und Krusten auf derjenigen Gesichtshälfte, mit welcher sie auf dem eingestandenermafsen verunreinigten Kopfkissen zu liegen pflegten. Nachdem ich auf diesen Modus der lokalen Überimpfung einmal aufmerksam gemacht worden bin, habe ich und zwar besonders bei Erwachsenen, die mit impetiginösen Affektionen behaftet waren, denselben öfters konstatieren können. Die stärker befallene Seite entsprach fast immer derjenigen, auf der die Patienten gewohnheitsgemäfs schliefen. Wenn diese Art der Inokulation bei der so viel häufigeren Impetigo vulgaris der Kinder nicht allgemein zur Beobachtung gelangt, so liegt es eben wohl daran, dafs die Kinder viel mehr als die Erwachsenen auf dem Rücken schlafen und überhaupt nicht im selben Mafse eine konstante Lage im Bett einnehmen wie jene.

Weitere Beobachtungen haben mir denselben Vorgang für die krustösen Ekzeme wahrscheinlich gemacht, während bei trockenen Gesichtsekzemen eine solche Beziehung nicht in evidenter Weise hervortritt. Wenn ein seborrhoisches Ekzem seinen gewöhnlichen Gang vom Scheitel über die Schläfen zu den Ohren nach abwärts antritt, so pflegt an derjenigen Seite vom Ohre aus Backe und Hals stärker und früher ergriffen zu werden, auf welcher die Patienten zu schlafen pflegen. Ja, es wirft sich die berechtigte Frage auf, ob die auffallende, regelmäfsige Verstärkung des seborrhoischen Katarrhs auf und hinter dem Ohre, die starke Hyperämie und der Eintritt des Nässens, die wir hier alltäglich beobachten, nicht auch wenigstens zu einem Teile auf die beiden schädlichen Wirkungen des Kopfkissens, die Reibung auf demselben und seine Verunreinigung, zurückzuführen ist. Kommt bei der Impetigo vulgaris mehr die bloſse Überimpfung des Keimes in Betracht, so spielt bei der Ausbreitung des

Ekzems auf diesem Wege gewifs auch die gröfsere Wärme und Schweifsproduktion auf derjenigen Gesichtshälfte, welche dem Kopfkissen aufliegt, eine begünstigende Rolle.

Aufser den genannten Krankheiten des Gesichtes kommt der schädliche Einfluſs des Kopfkissens nur noch für gewisse Fälle von Sykosis in Frage und man wird in Zukunft mehr als bisher auch auf diesen Modus der Überimpfung von Ort zu Ort und Haarbalg zu Haarbalg achten müssen, insbesondere wenn die Affektion sich hauptsächlich einseitig ausbreitet.

Die Behandlung verlangt in allen diesen Fällen die absolute Vermeidung des Kontakts der affizierten Hautpartie mit dem Kopfkissen. Am einfachsten und sichersten erreicht man dies in allen Fällen, wenn man während der Nacht statt der Salbe, Paste oder des Puders, der bei Tage in Anwendung kommt, einen Verband anlegt, indem dünn ausgezogene Wattelagen über die eingeriebene Salbe oder Paste gelegt und mit einer Mullbinde befestigt werden. Besser noch und für das krustöse Ekzem des Ohres unbedingt zu empfehlen ist die Bedeckung mittelst Salbenmulls und Mullbinde.

Eine weniger aktive, aber nicht minder schädliche Rolle spielt das Kopfkissen, besonders das gebräuchliche, weil angenehmere, leinene bei der Behandlung von Erkrankungen des behaarten Kopfes mit Salben und Pomaden. Im allgemeinen bekannt sind die stehenden Klagen der Hausfrauen über die davon scheinbar unzertrennliche Beschmutzung der Kopfkissenüberzüge. Aber nie, so scheint es, fällt es den Patienten und Angehörigen ein, darüber zu klagen, dafs die zur Heilung bestimmten Salben gröfstenteils in die fettliebenden Überzüge der Kissen hineinziehen und damit für die Behandlung verloren gegangen sind. Thatsächlich aber wirkt jede Pomade umsoweniger auf die Kopfhaut unter solchen Umständen, je fettiger sie ist, und die Unwirksamkeit mancher guten Salbe erklärt sich ganz allein aus diesem Grunde.

Um diesem Übelstande abzuhelfen, giebt es zwei Mittel. Das radikalere von beiden ist die Bedeckung des Kopfes mit einer impermeablen Mütze, Kappe, z. B. einer Badekappe. Hierdurch wird nicht nur der Kontakt mit dem Kopfkissen vermieden, sondern zugleich die Wirkung der Salben unter der impermeablen Decke auf das Höchste gesteigert. Aber diese Bedeckung ist warm und manchen Patienten unbehaglich und daher überhaupt nur für solche Fälle zu reservieren, wo die energischste Behandlung am Platze ist. In leichteren Fällen kommt man mit der einfachen Mafsregel aus, den leinenen Kopfkissenüberzug durch einen solchen aus Ledertuch zu ersetzen, welcher das Fett und die Salben der Kopfhaut läfst, für die sie bestimmt sind.

Versammlungen.

Internationale Konferenz zur Verhütung der Syphilis und venerischen Krankheiten

abgehalten zu Brüssel vom 4.—9. September 1899.

Originalbericht von Dr. Hopf-Dresden.

(Schluſs.)

Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Rufsland, von v. Petersen-Petersburg. Die Syphilis ist eine der verbreitetsten Volksseuchen des russischen Reiches. Daſs die sanitären Maſsregeln an vielen Orten im Argen liegen, ergiebt sich von selbst, wenn man bedenkt, daſs in manchen Bezirken Ruſslands 40—60000 Köpfe auf einen Arzt entfallen. Infolgedessen ist eine wirksame Bekämpfung der Krankheit ebenso unmöglich, wie eine getreue Schätzung ihrer wahren Ausbreitung. Die Landbevölkerung, soweit syphilitisch, infiziert sich in Ruſslaud zu 80% auf extragenitalem Wege, der selbst bei der Summe städtischer Syphilitiker einen Prozentsatz von 1,5—3 ausmacht. Man sollte darum allein schon mit der Sitte brechen, die Lues als eine „schlechte Krankheit" anzusehen. Es giebt Dörfer, wo sämtliche Einwohner syphilitisch sind. Die meisten Symptome sind Tertiärerscheinungen, die Sekundären sind Jahre vorher in den groſsen Städten durchgemacht worden. Von der Anzahl syphilitischer Kinder ist die Minderzahl hereditärsyphilitisch, die Mehrzahl macht die Infektion im Säuglingsalter durch. Jemehr Kultur die verschiedenen Stämme zeigen, umsoweniger leiden sie an Syphilis. Im Gegensatz dazu hat in den Städten die Kultur keinen Einfluſs auf die Verbreitung der Lues. Die groſsen Städte sind ein wichtiger Faktor für letztere durch das starke Übergewicht geschlechtsreifer Männer und die Erschwerung des Eheschlusses gegenüber ländlichen Verhältnissen. Die Hauptherde der Syphilis sind demnach die groſsen Städte mit einer Zahl unverheirateter junger Leute zwischen 20 und 30 Jahren. Ulcus molle und Blennorrhoe sind hier ebenfalls stark grassierende Krankheiten, während sie in den Dörfern fast kaum vorkommen. In Petersburg haben 95% der erwachsenen Männer eine Urethritis durchgemacht. Den Stand der Ulcus molle-Erkrankungen will Petersen für einen Maſsstab für den Kulturzustand und die Genauigkeit wie Schärfe der Prostituiertenüberwachung halten. Bezüglich der Lues ist der Erkrankungssatz in der russischen Armee doppelt so groſs wie in der deutschen Armee, 12,9—12,0 zu 5,4—6,3%. Im ersten Dienstjahr erkrankten 18,2%, im zweiten Dienstjahr 19,1% u. s. w. 25,4—25,2—11,4 und im sechsten Jahre 0,7%. Petersen betont, daſs man in allen europäischen Staaten zu wenig auf die Verbreitung der Syphilis durch Findelkinder Acht giebt. Für alle Universitäten verlangt der Autor Lehrstühle für Dermatovenerologie, sowie Ausbildung der Hebammen, Heilgehülfen und barmherzigen wie Krankenschwestern in der Lehre von der Syphilis.

Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Bosnien und der Herzegowina, von Glück-Serajevo. Die Sorge für öffentliche Hygiene in Bosnien und der Herzegowina datiert erst seit der Occupation dieser Länder durch Österreich. Vorher hatten nicht approbierte Mediziner, Kurpfuscher aller Sorten und der mohammedanische Dämonismus stark dazu beigetragen, daſs die Gesundheitspflege darniederlag und sich die Menschen wenig um Wohl oder Wehe ihres Körpers kümmerten. So war es möglich, daſs ansteckende Krankheiten, und unter ihnen besonders die Lues, einen endemischen Charakter annahmen. Letztere kommt in verschiedenen räumlich ge-

trennten Landesbezirken endemisch vor, dazwischen liegen Bezirke, wo die Häufigkeit der Erkrankung den Maßstab anderer Länder nicht überschreitet. Die bosnische Lues verläuft rapid und bösartig. Die Primäraffekte meist extragenital, die Rupia-, lichenoiden, pustulösen und Ekthymaformen der Exantheme überwiegend; wuchernde nasse Papeln an Nacken und Armen, zu 66% Affektion des Larynx; Übergang ins tertiäre Stadium meist schon nach dem zweiten Krankheitsjahre. Kongenitale Lues selten, erworbene Lues der Kinder sehr häufig. Alles das spricht dafür, daß der Boden für diese Krankheit noch nicht durchseucht ist und daß das Leiden noch nicht zu lange im Lande vorkommt. Nach Inkic brachten die Osmanen die Syphilis im Jahre 1780 nach Bosnien. Tripper und weicher Schanker kommen bei der Landbevölkerung fast gar nicht vor. Die bosnisch-herzegowinischen Truppen leiden zu 23% seltener an Lues und Venerie, als die übrigen österreichischen Heereskörper. Für die große Masse der Bevölkerung ist die Prostitution als Quelle für die Syphilis ohne Bedeutung. Die Prostituierten unterliegen der Reglementation seit der Zeit der Occupation. Sie leben meist in Bordellen. Alleinwohnen wird nur als besondere Vergünstigung erlaubt. Die Visiten finden zwangsweise wie die Behandlung Kranker statt. Doch erfolgen die Untersuchungen in den Wohnungen der Mädchen, die monatlich praenumerando die entsprechende Summe für ärztliche Bemühungen (1 bis ½ Gulden) bei der Polizei zu deponieren haben, wenn nicht mit Rücksicht auf Bedürftigkeit unentgeltliche Kontrolle durch den Arzt bewilligt ist. Besonders strenge gesetzliche Verordnungen bestehen für Bordellwirte und deren Ansprüche materieller Natur an die Mädchen. Die Zahl der Prostituierten in den occupierten Provinzen ist mit dem Sinken des Truppenbestandes seit 1879 immer mehr gesunken. (1898 bis 250 Prostituierte in 21 Orten.) Die meisten sind zugereiste Ungarinnen, Türkinnen, Kroatinnen, Österreicherinnen und Montenegrinerinnen. 1890 entsendete das Ministerium Professor J. Neumann nach den Provinzen, dessen weitgehende Vorschläge Berücksichtigung durch die Regierung fanden. Er verlangte Barackenspitäler an Orten mit gehäuftem Auftreten von Lues; für diese wie die alten Spitäler Ambulatorien mit Gratisbehandlung. Vermehrung der Bezirksärzte. Halten von Apotheken durch die Ärzte an Orten, wo öffentliche Apotheken fehlen. Bei Anstellung von Ärzten sind dermatologisch-venereologisch vorgebildete zu bevorzugen. Anstellung weiblicher Ärzte für die muhammedanischen Frauen. Errichtung von Volksbädern und Berufung jährlicher Konferenzen der Kreisärzte zur Beratung über einschlagende Fragen. Allmählich hat sich durch diese Bemühungen der österreichischen Regierung der Aberglaube und das Mißtrauen der muselmännischen Bevölkerung überwinden lassen, und wenn erst der Sinn für Reinlichkeit und Hautpflege noch mehr geweckt sein wird, wird eine weitere Abnahme der Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen sein.

Prostitution und Geschlechtskrankheiten in England, von Drysdale-London. 1867 konstituierte sich das erste Komitee zum Studium der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten aus dem Kreise der Harweyschen Medizinischen Gesellschaft. Nach seinen Ergebnissen machten die Geschlechtskrankheiten unter der 73 000 Mann zählenden Armee gerade einen Dienstverlust von einer Woche aus. 1862 waren von den 88 000 Matrosen der Flotte 7000 geschlechtskrank in den Hospitälern. Nachdem die durch Gesetz von 1864 ernannte Veneral Diseases-Kommission ihre Berichte abgeschlossen hatte, wurde 1866 die Contagious Diseases Act erlassen. Zu dieser Zeit waren die venerischen Krankheiten sehr verbreitet, in dem einzigen Bartholomäushospital zu London wurden davon täglich 174 Fälle, d. h. die Hälfte aller Fälle für die chirurgische Abteilung, aufgenommen. Auch für andere Londoner Krankenhäuser bestanden die gleichen Verhältnisse. In keiner Relation dazu stand die Zahl der Betten für diese Kranken (1867 bis 150 Betten für venerische Frauen auf eine Bevölkerung von

drei Millionen). Dabei bestanden allein 6000 Prostituierte, die bekannt dafür waren. London von heute mit seinen 6 300 000 Einwohnern hat nicht mehr Betten für Venerische wie damals. Dabei wären 2500 Betten erforderlich. Die Daten für die Wirkung der Contagious Diseases Act sind den Lesern bekannt, ihre Auslegung bekanntlich nach allen Richtungen hin dehnbar. Drysdale hält das englische System der Abolition mit allen seinen Fehlern doch für vorteilhafter wie das französische, was z. B. für Paris eine verschwindende Zahl von Frauen reglementiert und überwacht, während 40 000 Insoumises sind. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten fordert Drysdale Vermehrung der Zahl der Betten für Venerische. Errichtung von Spitälern, wo für die Geschlechtskranken freiwillige Eintritts- und Abgangsmöglichkeit bestände. Ferner Ermöglichung frühzeitiger Eheschliefsungen, besonders bei den Truppen. (Während die englischen Truppen Hindostans starke Prozentsätze Venerischer aufweisen, ist das Gegenteil bei den Eingeborenen der Fall, denen ihre Religion die Ehe gebietet.) Weiter Gesetze, die die wissentliche Übertragung der Venerie für beide Geschlechter unter Strafe nimmt. Von Wichtigkeit ist der Vorschlag, dafs die Anzeigepflicht nicht Sache des Arztes sein darf, der ja mit seinem Berufsgeheimnis nicht in Konflikt kommen soll, sondern dem Kranken selbst zugeschoben werden mufs. Die gänzlich gleichen Vorschläge sind im Laufe der Konferenz mehrfach zu hören und zu lesen gewesen.

Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Rumänien, von Petrini de Galatz-Bukarest.

Wodurch liefse sich auf gesetzlichem Wege die Zahl der Frauen vermindern, die in der Prostitution ihren Unterhalt finden? von Miron-Bukarest.

In den Jahren 1892—1897 wurden in Rumänien 53 317 Geschlechtskranke in Hospitälern behandelt und 151 162 unentgeltliche Konsultationen aufgewendet. Bei den Visiten der Prostituierten wurden in denselben Jahren folgende Zahlen von Geschlechtskranken erhalten. 1892: 2076 Prostituierte (1818 in Bordellen, 295 freiwohnend) 1253 Kranke, und zwar 496 mit weichem Schanker, 290 mit sekundärer Lues, 245 mit Ulcus durum, 221 mit Tripper. 1893: 2360 Prostituierte (2625 in B., 295 freiw.), 1160 Kranke, 410, 289, 250, 203. 1894: 2950 Prostituierte (2625 in B., 235 freiw.), 986 Kranke, 312, 259, 207, 208. 1895: 2663 Prostituierte (2186 in B., 477 freiw.), 1045 Kranke, 550, 137, 157, 198. 1896: 2817 Prostituierte (2068 in B., 751 freiw.), 1185 Kranke, 629, 126, 181, 249. 1897: 2860 Prostituierte (2154 in B., 706 freiw.), 1340 Kranke, 754, 193, 108, 285. Sehr bedeutend ist noch bei den Autoren in Rumänien, besonders in den gröfseren Städten, allen voran in Bukarest, die heimliche Prostitution. Meist sind die heimlich sich Prostitutierten, wie Miron angiebt, ehemalige oder noch fungierende Dienstmädchen und Bonnen, die, der Verführung erlegen, Kinder geboren haben, zu deren Ernährung der regelrechte Verdienst nicht ausreicht. In volkswirtschaftlicher Hinsicht ist es von gröfstem Nachteil für das Land, dafs diese Mütter ihre natürlichen Kinder Pflegemüttern zu übergeben gezwungen sind, wo die armen Kleinen in erschreckenden Prozentsätzen infolge mangelhafter Pflege und Ernährung zu Grunde gehen, ganz im Gegensatz zu denjenigen illegitimen Kindern, denen das Glück staatlicher oder kommunaler Hülfe zu teil wird.

Miron verlangt 1. ein Gesetz, das venerische Männer wie Frauen zwingt, sich von einem Arzte behandeln zu lassen, widrigenfalls sie mit Gefängnis bestraft werden; 2. genauere Überwachung der geheimen Prostitution; 3. Schutz und Erziehung der der natürlichen Kinder und moralische Hebung und Stützung der Frau. (Bestrafung gewissenloser Pflegemütter, Verpflichtung der Verwandten der Mutter des illegitimen Kindes für beide zu sorgen.) Miron verweist auf die einschlagenden Bestimmungen des neuen deutschen bürgerlichen Gesetzbuches, laut deren ein von der Mutter des

natürlichen Kindes der Schwängerung beschuldigter Mann zum Schwur angehalten wird, ob er zwischen dem 182. und dem 302. Tage vor der Niederkunft Verkehr mit ihr gehabt hat. Im bejahenden Falle mufs er das Kind bis zum 14. Jahre erziehen lassen. Letzterer Umstand würde und wird viele Mütter unehelicher Kinder vor dem Eintritt in die Prostitution bewahren.

Petrini de Galatz fragt, indem er einen gewissen Nutzen der Reglementation anerkennt, wieweit die 7029 in den letzten Jahren in Rumänien krankbefundenen Prostituierten die Geschlechtskrankheiten hätten verbreiten können, wenn man sie nicht hospitalisiert hätte. Wie viele andere Autoritäten verlangt er ferner, dafs die ärztliche Überwachung der Prostituierten mitsamt der administrativen und penalen Gewalt in die Hände eines kommunalen Chefarztes und einer Sanitätskommission zu legen sind. Bezüglich der Frage Kasernierung oder Isolierung der Prostituierten schwankt Petrini, was Rumänien betrifft. Im allgemeinen glaubt er, dafs das System der freiwohnenden Prostituierten keinen Nachteil gegenüber der Bordellierung in solchen Ländern hat, wo die Polizei in der Lage ist, für regelmäfsiges Erscheinen der Mädchen zur Visite zu sorgen. Mädchen unter 21 Jahren will Petrini nicht zur Inskription zugelassen sehen. Jüngere kommen am besten in eine Besserungsanstalt. Um den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten im allgemeinen wirksamer zu gestalten, müfsten alle Mafsregeln zur Unterdrückung der geheimen Prostitution getroffen werden. Ferner sollte das Hausgesinde beiderlei Geschlechts, wie es auch Glück-Serajevo empfiehlt, sowohl das privater Häuser wie das von Hotels, Cafés und Restaurants, hinsichtlich seines Gesundheitszustandes beim Dienstantritt untersucht werden; dasselbe gilt für die Ammen. Bezüglich der wissentlichen Übertragung von venerischen Leiden teilt Petrini ganz Mirons Ansichten und empfiehlt dessen Vorschläge. Conditio sine qua non: venereologisch durchgebildete Ärzte.

Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Ungarn, von Róna-Budapest. In Budapest erfolgt die Inskription stets spontan, nie zwangsweise. In den letzten fünf Jahren waren durchschnittlich 1254 inskribiert. Es bestanden 1894 34 Bordelle mit im Minimum 10, maximal 20 Insassen. Die ärztlichen Untersuchungen erfolgen zweimal pro Woche, in den Bordellen, welche über helle Räume zur Untersuchung verfügen, in den Wohnungen der Mädchen (!) oder im Amtslokal. Bei verdächtigen Sekretionen wird stets auf Gonokokken untersucht, auch wenn die Betreffende als geheilt aus dem Spital kommt. Diese Untersuchung erledigt ein Bakteriologe von Fach. Ambulante Behandlung Prostituierter ist im ganzen Lande verboten. Im Spital bleiben dieselben bis zur völligen Heilung bei Ulcus molle, bis zur symptomatischen Heilung bei Lues und bis 3—4mal negatives Gonokokkenresultat erfolgt ist, bei Blennorrhoe. Die geheime Prostitution ist enorm grofs und spottet der Polizei. Mädchen unter 17 Jahren dürfen nicht in Bordelle eintreten. Nach Jurking und Marschalko sind die Geschlechtskrankheiten in Budapest seit 1875 im Zunehmen, besonders stark seit den letzten 10 Jahren. Es erkrankten venerisch viel mehr Männer als Frauen. Die gröfste Steigerung entfällt auf die Syphilis. Nach Török infizieren sich von der zwischen 12 und 70 Jahren stehenden männlichen Bevölkerung Ofenpests jährlich mindestens 4—5,3‰ mit Lues, wenn man Männer und Weiber zusammenfafst 2,5—2,9‰. Auf 30 Jahre umgerechnet ergiebt sich, dafs von den 220 000 zwischen dem 12. und 70. Jahre stehenden männlichen Einwohnern Pests jeder 22., von Frauen und Männern (440 000) jeder 30. syphilitisch war oder ist. Die Pester Garnison wies 1897 94,3‰ Venerische auf. Was die Prostitution anbetrifft, so fanden sich von allen Untersuchungen aller öffentlichen Frauenzimmer 1897 1,06%, 1896 1,41%, 1897 1,08%, 1898 1,19% Krankheitsfälle vor. Von den wegen geheimer Prostitution und Vagabundierens aufgegriffenen und untersuchten Frauenzimmern haben

in den letzten 5 Jahren 16,20% an Venerie gelitten. Von 96449 Mitgliedern einer grofsen Arbeiterkrankenkasse erkrankten 1896 an frischen venerischen Affektionen 1636 = 1,7% (0,91% an Blennorrhoe, 0,55% an Ulcus molle, 0,23% an Lues). Von diesen Arbeitern erkrankten 30% der Venerischen durch Ansteckung in Bordellen, 27% bei Isoliertwohnenden. Die freiwohnenden Prostituierten kommen, wenn erkrankt, meist spontan ins Spital, wo aber keine Kranke zwangsweise zurückgehalten werden kann. In den Spitälern Budapests giebt es rund 600 Betten für Venerische. In den letzten Jahren haben auch die einzelnen grofsen Krankenkassen eigene Ambulatorien mit Spezialfächern für Hautkranke und Venerische errichtet. Als Vorschläge zur Besserung schlägt Róna folgendes vor: Verschärfung der Kontrolle der geheimen Prostitution, schonende zwangsweise Inskription der heimlich sich prostituierenden Frauen. Schaffung sittenpolizeilicher Abteilungen, wo solche noch nicht bestehen. Fakultatives Bordellsystem ist beizubehalten. Maisons de passe sollen errichtet werden. (!) Die als von Syphilis geheilt aus dem Spital Entlassenen werden dreimal pro Woche ärztlich untersucht. Unentgeltlichkeit der ärztlichen Untersuchungen und der Spitalsbehandlung. Anstellung nur venereologisch versierter Mediziner als Untersuchungsärzte. Venereologie und Prostitutionswesen sind für die Physikatsprüfungen als Prüfungsgegenstände einzuführen. Einführung von Prostituiertenbüchern mit Photographien. Vorkehrungen gegen syphilitische Ammen. Asyle für Wöchnerinnen, um dieselben sechs Wochen nach der Entbindung oder, wenn luesverdächtig, noch länger dort behalten zu können, in Verbindung mit den Entbindungsinstituten. Ausbildung der Hebammen auf venereologischem Gebiet. Kontrolle der Hebammen-Handaffektionen. Hygienische Vorsichtsmafsregeln und zeitweilige Untersuchungen der Tabakarbeiter, Glasbläser u. s. w. Überwachung der Rasierinstrumente in den Barbierstuben. Verbot gemeinsamen Trinkgeschirrs in den Schulen. Ärztliche Überwachung der rituellen Beschneidung. Untersuchung der männlichen Angestellten der Hotels, Gasthäuser und Cafés. (!)

Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Schweden, von Welander-Stockholm. Aus der Arbeit des Verfassers sind folgende Daten von besonderem Interesse. In Schweden giebt es keine Bordelle. Die Prostituierten werden überwacht. Eigentliche regelmäfsige Überwachung findet in Schweden seit 1847 statt. Doch entgehen viele Prostituierte, die eine Nebenbeschäftigung als Deckmantel haben und darum nicht als Landstreicherinnen behandelt werden können, dem auf das Vagabondagegesetz gegründeten Überwachungssystem. Im allgemeinen schwedischen Gesetz giebt es keine Paragraphen gegen die gewerbsmäfsige Unzucht. Die Untersuchungsärzte müssen ein Alter zwischen 30 und 60 Jahren haben. Die Untersuchungen der Prostituierten erfolgen alle Wochentage auf dem Untersuchungsamt (Speculum). Alle 14 Tage wird vollständig untersucht. Gonokokkennachweis findet nur im Spital statt, wohin Suspekte zu schicken sind. Kein Untersuchungsarzt darf eine Prostituierte privatim behandeln. 1885—1889 gab es in Stockholm 498 und 1890—1894 sogar 534 Einregistrierte; das waren bei einer Bevölkerung von 222000 beziehentlich 550000 0,45 bez. 0,42‰ der Bewohnerschaft.

An der Hand von 2541 Prostituierten der letzten 25 Jahre zeigt Welander, dafs von denselben vor der Einschreibung 1586 den Dienstmädchenberuf in Familien hatten; darauf folgt der Stand der Näherinnen mit 210, der Fabrikarbeiterinnen mit 168, der Dienstmädchen aus öffentlichen Lokalen mit 162, der Grobarbeiterinnen mit 198. Ehefrauen waren früher 48, geschieden 24, Witwen 30, Haustöchter 25, — 68% also Dienstmädchen der verschiedenen Kategorien. 5,1% der 2541 Prostituierten wurden mit 17 Jahren, 26% zwischen 17 und 19 Jahren einregistriert. Nur 15,2% haben ihren ersten Geschlechtsverkehr auf dem Lande gehabt, 62,2% nach ihren An-

gaben in den grofsen Städten. Nahezu 7% waren zur Zeit des ersten Geschlechtsverkehrs jünger als 16 Jahre. Zwar haben sich 22,5% schon in dem gleichen Jahre, wie sie nach Stockholm gekommen sind, einschreiben lassen, was scheinbar dafür spricht, dafs diese Personen aus Not der Unzucht verfallen sind, aber dafs dies unrichtig ist, beweist der Umstand, dafs von diesen 355 weiblichen Personen (22,5) 276, also 77,7% schon vorher geschlechtlichen Umgang gepflogen haben. Wahrscheinlich sind diese gar nicht mit der Absicht auf redliche Arbeit nach der grofsen Stadt gekommen. Von 9938 Müttern unehelicher Kinder aus den letzten fünf Jahren haben nur 532 das Prostitutionsgewerbe ergriffen. Nur 26% der 2541 Prostituierten hatten vor der Einschreibung noch nicht geboren, und nur bei 2,79% ist die Geburt eines Kindes einen oder mehrere Monate vor der Inskription erfolgt. Zwar waren 64 von den Frauen zur Zeit der letzteren schwanger, aber 39, also über die Hälfte, waren es erst im 3. Monat, wo sie also noch ungestört hätten der Arbeit nachgehen können. Mehr also als augenblickliche Not ist die fehlerhafte Erziehung und die mangelhafte Moral die Ursache dazu, dafs sich die Mädchen der Prostitution in die Arme werfen. Beweis dafür, dafs manche Elternhäuser 2, 3, 4, ja 5 Schwestern für die Prostitution gestellt haben. 7,7% der 2541 Prostituierten Welanders haben vor der Einschreibung Strafen für Verbrechen und Vergehen erhalten. 17,5% sind weniger lange als ein Jahr, 18,8% 1—3 Jahre, 10% 3—5 Jahre und 41,7% längere Zeit eingeschrieben geblieben. Hieraus ergiebt sich die Haltlosigkeit des Geredes, dafs wer einmal der Reglementation verfallen sei, nicht wieder aus der Prostitution heraus könne. Was die Häufigkeit des Vorkommens der Geschlechtskrankheiten und das Verhältnis der Prostitution zu ihnen betrifft, so zeigt der aufserordentlich scharfsinnig angelegte und ausgeführte Bericht Welanders keine besonders andersartigen Verhältnisse wie für andere Länder.

Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Italien, von Tommasoli-Palermo. Bis zum Jahre 1855 verhielt sich jede Polizeibehörde gegenüber der Prostitution, wie es ihr gerade beliebte. Um diese Zeit führte für Piemont der Minister Ratazzi die zwangsweise Inskription, vierzehntägige Untersuchung und Zwangsbehandlung in besonderen Spitälern ein. Dieses System wurde von Cavour im Jahre 1860 auf ganz Italien ausgedehnt. Crispi jedoch gab dem Drängen der Moralisten und Abolitionisten 1888 nach und hob die Verordnungen seiner Vorgänger auf, bis 1891 das Ministerium Nicotera bestürmt durch die Fachwelt sich gezwungen sah, die ärztliche und polizeiliche Überwachung 1891 wieder einzuführen. Die Strenge derselben variiert in den verschiedenen Städten des Landes sehr. Es giebt viel mehr geheime Prostituierte als Inskribierte. In einzelnen Städten sinkt die Zahl der Bordelle, in anderen steigt sie. Die Sittenpolizei wird durch einen Inspektor und seine Agenten ausgeübt (11 in Neapel, 4 in Turin, Mailand, Venedig, Palermo). Das ärztliche Überwachungspersonal besteht aus dem Kreisarzt, dem Inspektor der Syphilitischen, der oft zugleich Vorsteher der dermosyphilitischen Abteilung ist, einem Arzt, der die ambulatorische Behandlung leitet, und einem Arzt, der die Prostituierten unvermutet besucht. Die Untersuchungen erfolgen in den Wohnungen; selten wird auf Gonokokken gefahndet. Die Ärzte sind meist nicht Spezialisten. Die Behandlung kranker Mädchen erfolgt, wenn gewisse Garantien bestehen, in den Wohnungen; wenn sie weniger zuverlässig sind, ambulatorisch; wenn sie unzuverlässig sind, im Hospital. In Italien sind 25%, in Sicilien 50% der prostituierten Mädchen unter 21 Jahren. Die meisten Geschlechtskranken fallen Pfuschern in die Hände. Venerische Soldaten bleiben straflos, sobald sie sich krank melden und die Ansteckungspuelle angeben. Sie unterliegen der Zwangsbehandlung im Militärhospital. Die Civilstatistiken ergeben eine Abnahme konstanter Art der Geschlechtskrankheiten seit 30 Jahren. Das Gegen-

teil gilt für die Armee. TOMMASOLI selbst glaubt, daſs die Abnahme in der Civilbevölkerung nicht für alle Städte gilt. Es giebt in Italien 17 Lehrstühle für Dermatosyphilographie. TOMMASOLI schlägt folgende Maſsregeln vor: Bessere Ausbildung der Ärzte auf venereologischem Gebiet; rationellere Erziehung der Kinder auf psychischem wie physischem Gebiet; Hebung der Moral und der Sitten; ökonomische Maſsnahmen zur Verminderung der Prostitution aus Not; gute Anwendung der Reglementation.

Die Venerischen zu Saint-Lazare, von JULLIEN-Paris. JULLIEN giebt Statistiken, die 1000 Kranke zur Unterlage haben, mit etwa der doppelten Anzahl von Aufenthalten im Krankenhaus. 823 Clandestines, 177 Soumises (17,7%). Unter letzteren verschwindend wenig Bordellmädchen. 1461 (Maximum) — 18 Jahre, 125 — 17 Jahre, 120 — 19 Jahre, 104 — 20 Jahre. Das Maximum für die Inskribierten liegt bei 20 Jahren. Es wurden beobachtet 650 Fälle (65,1%) von Blennorrhoe; zwar war in einzelnen Fällen der Gonococcus nicht zu finden, aber man darf wohl ohne weiteres annehmen, daſs er dann ein anderes Mal schon dagewesen sein wird. 561 geheime, 90 registrierte Prostituierte. Für erstere Prozentverhältnis 68,1, für letztere 57. Den zweiten Platz nimmt mit 421 Fällen (42,1%) die Syphilis ein. Daran sind die Inskribierten als die länger beim Gewerbe befindlichen, mehr beteiligt (41,31% für die geheimen, 51,41% für die offiziellen Prostituierten). Die wirkliche Gefahr für die Allgemeinheit spricht aus diesen Zahlen nicht in genügender Deutlichkeit. Man bedenke nur, daſs die Reglementierten beim geringsten Zeichen von Lues sofort auſser Kurs gesetzt werden, während die geheimen Prostituierten ihr Leiden in ungeahnten Progressionen verbreiten können. Spitze Condylome wurden 138 mal beobachtet (23,8%), Nichtinskribierte 14,8%, Inskribierte 9%. Ulcus molle 38 mal (3,8), Nichtinskribierte 3,5%, Inskribierte 5,7%. Herpes 36 mal (3,6%), 3,6 für Nichtinskribierte, 3,9 für Inskribierte. Sklerosen 123 mal, 88,48% für Nichtinskribierte, 19,51 für Inskribierte. Das 18. Lebensjahr hat die ungünstigsten, d. h. für den Primäraffekt die gröſsten Chancen (1/5 der Frauen mit Primäraffekt). Die Jahre 17—21 machen etwa die Hälfte aus.

Sind die Bordelle zu unterdrücken oder nicht? von ANTOINE DE WYSLOUCK-Warschau. Verfasser stützt sich auf Statistiken HORNENKES, WARIEDENSKIS, GIEDROYES', nach denen ein groſser Teil der Bordellmädchen schon vor ihrem Eintritt in die öffentlichen Häuser Syphilis durchgemacht haben (nach WARIEDENSKI 33,2%). Nach demselben Autor machen in den ersten drei Jahren des Bordelllebens 93% der gesund eingetretenen Mädchen Syphilis durch. In fünf Jahren steigt der Prozentsatz auf 100. Man setzt also, wenn man dies erwägt, in den öffentlichen Häusern die Männer der sicheren Infektion aus. Der Vorschlag GRACIANSKIS syphilitische Prostituierte zwei Jahre lang während der „sekundären Periode" dem Gewerbe zwangsweise zu entziehen, ist der Zahl der Luetischen wegen undurchführbar. Von den 689 Petersburger Prostituierten müſsten 269 dauernd interniert werden. Die Bordelle würden sich entvölkern müssen. Am schlimmsten stehen betreffs der Lues die Verhältnisse in den Bordellen dritten Ranges, wo der russische Soldat für 25 Pfennige sein Geschlechtsbedürfnis befriedigen kann. WARIEDENSKI fand 1895 in fünf Bordellen alle Insassen syphilitisch, davon in einem von 12 Mädchen 8, im andern von 10 Mädchen 4, im dritten alle 8 Mädchen sekundärluetisch. Diese Frauenzimmer empfangen täglich bis 20 Besucher. In Warschau waren in den neun Jahren 1882—1890 von 4431 Bordellmädchen 95,54% venerisch erkrankt, gegenüber einer Ziffer von 29,41 bei den Isoliertwohnenden. Aus diesen Gründen will der Verfasser die Bordelle abgeschafft wissen.

Die Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten, von MOKICHI MORITA-Tokio. Die Prostitution ist in den groſsen Städten Japans auf be-

stimmte Quartiers de plaisir zusammengedrängt. Der erste diesbezügliche Regierungserlafs geht auf das Jahr 1642 zurück. Erst 1868 jedoch führte Japan die Zwangsuntersuchung ein. Seit 28 Jahren wird dieselbe streng durchgeführt, seit derselben Zeit bestehen spezielle Prostituiertenhospitäler für Geschlechtskrankheiten. Jede der 47 Provinzen enthält 1—59 solche Youkakous oder Vergnügungsviertel, im ganzen 546 mit 10172 Maisons de tolérance, 49208 Prostituierten und 498 Untersuchungslokalen. In jeder Provinz wird neben den staatlich erhaltenen Spitälern für venerische Prostituierte eines von den Bordellbewohnern selbst subventioniert. Die Prostituierte darf nur in diesem Viertel wohnen. Zur Einschreibung mufs sie mindestens 16 Jahre alt sein, keine andere Existenz finden können und die Einwilligung der Eltern oder — im Todesfalle derselben — der nächsten Verwandten haben, sowie frei von Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose und anderen infektiösen Krankheiten sein. Untersuchung 1—2wöchig. Die Bordellwirte unterliegen strengster Kontrolle durch die Polizei. Man kann in den Bordellen Japans dinieren und überhaupt verzehren. Die Zahl der kranken Prostituierten beträgt 3,44% der Untersuchten. Von den Krankbefundenen sind nur 12,68% syphilitisch. Die venerischen Affektionen nehmen für die offiziellen Prostituierten in Japan ab. Doch nimmt deren Zahl im allgemeinen zu infolge der besonders die Arbeiterbevölkerung betreffenden geheimen Prostitution. Der Verfasser verlangt darum neue strengere gesetzliche Mafsregeln gegen die zwar heute auch schon straffällige, aber noch zu mild bestrafte geheime Prostitution. Der Abhandlung sind fünf Photographien mit erläuternden Ansichten beigefügt.

Versuche über eine neue therapeutisch-prophylaktische Behandlung der Syphilis und über Syphilisbakterien, von Leone Levi-Genua. (Imprimerie de la Jeunesse. Genua, 1899.) Im ersten Teil seiner Arbeit beschäftigt sich der Verfasser mit einer neuen Behandlungsweise der Syphilis des primären Stadiums, die gleichzeitig therapeutisch wie prophylaktisch wirken soll. Gegenüber den Behauptungen mancher Autoren, dafs schon beim Bestehen des Primäraffektes der gesamte Körper von dem Virus ergriffen sei, da wie Ricords Versuche erweisen, der harte Schanker auf seinen Träger nicht überimpfbar ist, erklärt der Verfasser, dafs er in diesem Stadium die Syphilis für eine rein örtliche Krankheit hält. Er glaubt vielmehr, dafs die Nichtempfänglichkeit des Trägers für Impfungen mit Schankergift darauf beruht, dafs die Mikroorganismen gewisse temporär-immunisierende, aber nicht krankmachende Antitoxine produziert haben: Wäre beim Entstehen des Primäraffektes schon eine generelle Erkrankung erfolgt, welchen Wert hätten dann die Lymphdrüsen. Auch das syphilitische Fieber, das beim Ausbrechen der sekundären Symptome auftritt, beweist Levi, dafs erst dann die allgemeine Erkrankung beginnt. Levis Behandlung besteht im fortgesetzten, mehrere Wochen anhaltenden täglichen Galvanokauterisieren der Sklerose. Durch dieses Vorgehen werden nicht nur die Mikroorganismen der Syphilis zerstört als auch eine Reaktion und Entzündung hervorgerufen, welche etwaige restierende Keime überwindet. Die Antitoxine der Keime jedoch gehen in den Körper über und immunisieren diesen angeblich. Den Vorgang nennt der Verfasser eine Autoserumtherapie. Die Versuche erstreckten sich nur auf fünf Kranke, doch ist nach des Referenten Ansicht kein einziger der fünf Fälle beweisend für die Wirkung der Therapie. Levi mufs schlagendere Fälle bringen, ehe er hoffen darf, dafs man seiner Autoserumtherapie Glauben schenkt. Was beweist zum Beispiel die Behauptung, dafs er es beim dritten Fall wirklich mit einer syphilitischen Reinfektion zu thun gehabt hat? Dafs das Blutserum so behandelter Syphilitiker auf die Symptome anderer Syphilitischer heilend eingewirkt habe, ist ebenfalls noch nicht aus den angeführten zwei Fällen bewiesen. Es gehen auch ohne jede Therapie syphilitische Symptome

der Sekundärperiode in einigen Wochen zuweilen zurück. Mit Vorsicht sind auch die Mitteilungen über spezifische Mikroorganismen der Syphilis aufzunehmen, die Levi gefunden hat. Nach ihm sind es Kokken, die aber zuweilen der Stäbchenform nahe kommen. Sie sind klein und zahlreich im Blut zu finden bei frischen Fällen von Lues, sie nehmen an Größe zu und sind seltener bei alten Fällen. Erstere können ungefähr die Hälfte der Größe des Kochschen Bacillus erreichen, meist sind sie noch kleiner; letztere können doppelt so groß wie die Tuberkelbacillen werden. Auch in Sklerosen und Plaques fand Levi diese Bacillen. Über Kontrollimpfungen wird nichts berichtet.

Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Deutschland, von Blaschko-Berlin. Die Arbeit bietet im großen und ganzen dem deutschen Leser Bekanntes. Nur in wenigen Städten Deutschlands geschieht die Untersuchung durch spezialistisch vorgebildete Ärzte. Meist werden die Stellen der Untersuchungsärzte von den Physicis und Bezirksärzten ausgefüllt, vielfach dieselben ohne jede Prüfung der Fähigkeit auf Grund persönlicher Empfehlungen vergeben. Ferner erfolgen die ärztlichen Visiten zu selten. Für Berlin kommen durchschnittlich nur 26 pro Jahr auf eine Prostituierte. In Frankfurt giebt es drei Klassen; die Mädchen der ersten Klasse werden alle zwei Wochen in ihren Wohnungen untersucht, die beiden anderen Klassen wöchentlich einmal im Amtslokal. Unter den Prostituierten der ersten Klasse sollen wenig Krankheiten vorkommen. Die für die Untersuchung bestimmte Zeit ist überall zu kurz. Gonokokkenuntersuchungen finden statt in Breslau, Straßburg, Bonn, Metz und Wiesbaden regelmäßig; in zweifelhaften, wichtigen oder verdächtigen Fällen in Aachen, Bamberg, Brandenburg, Coblenz, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Erfurt, Frankfurt a. M., Gelsenkirchen, Görlitz, Hildesheim, Krefeld, Königsberg, Metz, Mühlhausen, München und Würzburg. Ferner mangelt es in fast allen Städten an genügenden Räumen für die Prostituierten. So mußten, wie Lesser berichtet, vielfach krankbefundene Frauenzimmer, die kein Unterkommen im Spital fanden, in Berlin frei in die Stadt entlassen werden. Aus allen Statistiken geht hervor, daß die unter Kontrolle stehenden Prostituierten nur einen Bruchteil der gesamten Prostitution ausmachen, weil die jüngeren Mädchen vielfach erst mehrmals Verwarnungen erhalten, viele geriebene Mädchen sich in den großen Städten der Kontrolle entziehen, und wie schon erwähnt die Zahl der verfügbaren Betten und Ärzte für die Prostituiertenbehandlung und Untersuchung die Polizei zwingt, nur einen entsprechenden Prozentsatz der wirklichen Prostituierten zur Einschreibung zu bringen. Im Jahre 1898 waren von 152 Prostituierten in Berlin vorher Arbeiterinnen, Schneiderinnen und Verkäuferinnen 43,4%, Dienstmädchen 51,3%, Erzieherinnen und Haustöchter 5,3%. Für 1855 war das Verhältnis für erstere 70%, für Dienstmädchen 7%. Bemerkenswert ist also das Ansteigen der Prostitution früherer Dienstmädchen. Das spricht gegen Lombrosos Ansicht von der natürlichen Anlage zum Laster. Die Ursache muß also wohl in den äußeren Lebensbedingungen liegen. Im deutschen Heere herrschten bezüglich der Geschlechtskrankheiten günstige Verhältnisse im Vergleich zu den übrigen Staaten. 1895—96 waren 25,5‰ Geschlechtskranke gegen 41,9 der französischen, 61,0 der österreichischen, 84,9 der italienischen und 173,8‰ der englischen Armee. Die einzelnen Armeekorps weisen nur unwesentliche Verschiedenheiten auf. Nur Lothringen, Bayern, Sachsen und Westpreußen weisen über 40‰ Venerische auf. Viel höhere Prozentsätze an Venerie als die Soldaten weisen die Kaufleute auf, wie Blaschko am Material einer großen sich über Deutschland erstreckenden Krankenkasse nachweist. Das Bestehen von Bordellen hat keineswegs niedrigere Erkrankungssätze zur Folge. Bei diesem Material zeigt die Blennorrhoe eine Frequenz von 60 bis 70%, Ulcus molle und Lues zusammen 25—30%. An Lues und weichem Schanker

erkranken nach Blaschkos Berechnungen in Berlin 45%, in Breslau 47% der Kassenmitglieder im Laufe von 10 Jahren; an Tripper erkranken im gleichen Zeitraum in Hamburg 103%, in Berlin 120% und in Breslau 200%. Dabei sind lange noch nicht alle Erkrankungsfälle angezeigt. Breslau weist quoad Syphilis wie Tripper von allen Städten Deutschlands die ungünstigsten Verhältnisse auf. Das ist dabei die Stadt der klassischen Gonokokkenuntersuchung. Somit hat letztere die auf sie gesetzte Hoffnung der Verhütung blennorrhoischer Infektionen der Männer nicht erfüllt. Zwar sind die Geschlechtskrankheiten auf dem Lande selten, doch haben sie, wenn man ganz Deutschland zusammenfassend betrachtet, in den letzten Jahren doch bedeutend zugenommen. Fehler der Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Deutschland sind folgende Übelstände: Krankenkassen zahlen zum Teil kein Krankengeld bei venerischen Affektionen, ähnliche rigorose Bestimmungen bestehen in der Gesinde- und Seemannsordnung, in vielen Orten nehmen die Krankenhäuser Geschlechtskranke überhaupt nicht oder zuweilen nicht auf. (In sämtlichen Heilanstalten Preußens kommen nur 7% der Geschlechtskranken zur Aufnahme; in Berlin kommen 45 Betten für Venerische auf 10000 Einwohner.) Es fehlt eine unentgeltliche Behandlung der Geschlechtskranken, wie sie in den nordischen Ländern segensreich existiert. Ferner herrschen in fast allen Krankenhäusern für diese Kategorie von Kranken erschwerende Bestimmungen der Hausordnung, die den Aufenthalt nicht sehr angenehm gestalten. Zum Schluß giebt Blaschko eine detaillierte Schilderung der Verhältnisse in Aachen, Berlin, Braunschweig, Bremen, Breslau, Chemnitz, Danzig, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Barmen-Elberfeld, Frankfurt a. M., Halle, Hamburg-Altona, Köln a. Rh., Königsberg, Krefeld, Leipzig, Magdeburg, Mannheim, München, Nürnberg, Stettin, Straßburg und Stuttgart.

Klinischer Ärztetag in Bern.

Jadassohn-Bern stellt folgende Fälle vor:

Fall von zum Teil annulärem **Lichen ruber planus**, der am Scrotum, Penishaut und Mundschleimhaut lokalisiert war. Differentialdiagnostisch kam Lues in Frage (papulöses Syphilid).

Eine zu den **Akrodermatitiden** zu rechnende Affektion der Hand: scharf begrenzte, squamöse Plaques, die zum Teil mit miliaren Bläschen bedeckt sind; einige dieser Plaques befinden sich im Handteller. Die Nägel sind ebenfalls erkrankt, ihre proximalen Partien sind erweicht, dünn und brüchig, während unter den distalen Enden sich hyperkeratotische Massen abgelagert haben. Eiterbildung hat zeitweise bestanden. J. weist auf die ungünstige Prognose dieser Affektion und ihre Beziehungen zur Impetigo herpetiformis hin (Hallopeau).

18jähriges Mädchen mit **Erythema induratum.** Außer den typischen derben, blauroten, tiefsitzenden, bei Druck nicht, beim Gehen und Stehen mäßig empfindlichen Tumoren an den Unterschenkeln bestanden an den Knien ganz kleine, oberflächliche, mattrote, an Lichen scrophulosorum erinnernde Knötchen. Tuberkulininjektionen ergaben ein vollständig positives Resultat, was für die Beziehung dieser Affektion zur Tuberkulose spricht. Histologisch konnten in den Knoten keine typischen tuberkulösen Veränderungen nachgewiesen werden; auch handelte es sich nicht um einen thrombophlebitischen Prozeß.

Lupus erythematosus auf Nase und behaartem Kopfe bei einem 16jährigen Mädchen: Keine Zeichen von Tuberkulose, negatives Resultat der Tuberkulinbehandlung. Die Therapie bestand in innerlicher Darreichung von Chinin (1—2,0 pro die nach Payne und Wolff) und täglich 10—12 mal wiederholter Betupfung der affi-

zierten Stellen mit Alkohol absol., Äther sulfur. und Spiritus menthae pip. ää (Hans von Hebra). Resultat bleibt abzuwarten.

Drei Fälle von **Favus** mit Lokalisation am Kopfe. Therapeutisch hat sich dem Vortragenden am besten bewährt eine lange fortgesetzte Behandlung mit 5—10% Pyrogallussalbe, wobei die Epilation zu entbehren ist. Zwei der Patienten wurden vorsichtig mit Hülfe der Röntgenstrahlen enthaart, ohne dafs es dabei zu stärkeren Dermatitiden kam; die Haut war danach glatt und frei von Scutula und Schuppen; gegenwärtig sind an den enthaarten Stellen wieder reichlich Haare vorhanden; von einem Recidiv läfst sich klinisch nichts nachweisen, dagegen konstatiert man mikroskopisch das Vorhandensein von Pilzen. J. glaubt, dafs von einer Kombination von Röntgen- und Pyrogallusbehandlung vielleicht schnellere und sicherere Resultate zu erwarten sind. *C. Müller-Genf.*

Dermatologische Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland.

Sitzung vom 28. Juni 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* August 1899.)

Alfred Eddowes stellt einen jungen Mann vor, der drei seltene Krankheiten gleichzeitig aufweist, nämlich **totale Alopecie, Leukoderma und Sklerodermа.** Der Patient, ein junger kräftiger Mann, giebt an, dafs die allgemeine Alopecie im Anschlufs an Scharlachfieber, welches er im Alter von acht Jahren gehabt, sich entwickelt habe. Seitdem sei er bis zu seinem 14. Jahre sonst ganz gesund gewesen. Eines Morgens erwachte er mit Jucken in den Händen und bemerkte gleichzeitig, dafs seine Haut gebräunt war. Gegenwärtig sieht man, abgesehen von der totalen Kahlheit, grofse Leukodermaflecke an alle braunen Bezirke sich herandrängen. Das Centrum einzelner Leukodermflecke ist von Morphoeaplaques eingenommen, die ebenso wie jene, einen, mehr oder weniger konvexen, roten Rand haben. Von der Sklerodermie sind noch einige Stellen befallen, während an anderen tiefe Narben den früheren Sitz sklerodermisch affizierter Hautpartien andeuten. Die Aufeinanderfolge der Pigmenterscheinungen denkt sich Redner in der Weise, dafs zuerst ein excessives Auftreten von Pigment, dann Schwund desselben stattgefunden, hierauf nacheinander die Morphoea, Sklerodermie, Atrophie sich entwickelt haben. Redner glaubt, dafs die Alopecia und Leukodermia in diesem Falle wesentlich denselben pathologischen Prozefs darstellten. Unter der Behandlung mit Thyreoidextrakt hat sich der Zustand des Patienten bedeutend gebessert. Hervorzuheben ist das völlige Fehlen der Schilddrüse im vorliegenden Falle.

R. Crocker: Das gleichzeitige Auftreten von Leuko- und Melanodermie ist nicht so selten und läfst die Annahme eines neurotischen Ursprunges beider zu. Dagegen ist die Komplikation mit Morphoea sehr selten. Das Fehlen der Schilddrüse in Dr. Eddowes Falle und die Besserung der Hautaffektionen unter Schilddrüsenextrakt fordern bei allen Fällen von Leukodermia auf, den Zustand der Schilddrüse genau festzustellen.

R. L. Bowles möchte eine verwandtschaftliche Beziehung aller in Rede stehenden Affektionen annehmen, weil sie sich im Anschlufs an eine akute fieberhafte Krankheit entwickelt hätten. Wahrscheinlich seien sie sämtlich neuropathischen Ursprunges. Redner hat 7—8 Jahre hindurch Jahr für Jahr in Prof. Kochers Klinik in Bern einen armseligen, völlig haarlosen Mann beobachtet, dessen Schilddrüse wegen Basedowscher Krankheit operativ entfernt worden war. Im Anschlufs an die Operation trat Haarausfall ein, gegen den sich ebenso wie gegen den Morbus Basedowii anfangs alle angewandten Mittel als erfolglos erwiesen. Erst in späterer Zeit, als Patient innerlich

animalisches Schilddrüsenextrakt erhielt, besserte sich sein Zustand nach jeder Richtung hin. Gegenwärtig ist er kräftig und wieder im Besitze reichlicher dunkler Haare und eines starken Backenbartes. Redner zieht aus der Krankengeschichte dieses und des von Eddowes demonstrierten Falles den Schluſs, daſs in dem vollständigen oder partiellen Fehlen der Schilddrüse der Schlüssel zum besseren Verständnisse des Haarverlustes, der Sklerodermie, des Leukoderma und anderer ähnlicher Zustände zu suchen sei.

Eddowes stellt ferner einen **Fall von Leukoderma der Kopfhaut** vor und weist darauf hin, wie oft man es dabei mit einer leukodermischen Alopecie zu thun habe.

Derselbe demonstriert drittens einen **Fall von Lupus vulgaris** mit vier symmetrisch im Gesicht und an den Armen lokalisierten Plaques. Dieselben hatten vom 6. bis zum 14. Lebensjahre des Patienten bestanden und sind nunmehr mit Auskratzen und Kauterisation fast vollständig abgeheilt.

Walters demonstriert zwei Fälle von **Leukoderma**. Der erste betrifft eine 28jährige, verheiratete Frau, die zur Zeit ihrer vor 1½ Jahren stattgehabten Niederkunft starke Pigmentation der Bauchhaut zeigte, auf welche weiſse Flecke folgten. In ähnlicher Weise wurden später die Oberschenkel, die Handgelenke und der Hals befallen. Die weiſsen Stellen waren nicht erhaben oder atrophisch. Sie waren von elliptischer Gestalt und symmetrisch angeordnet. Anästhesie ist nicht vorhanden. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist sonst gut. Die Schilddrüse ist ziemlich klein.

Im zweiten Falle hatte die 33jährige Patientin vor fünf Jahren eine linksseitige Lähmung erlitten. Gegenwärtig ist sie viel von Kopfschmerzen geplagt. Die Schilddrüse kann nicht gefühlt werden. Seit zehn Jahren hat die Patientin im Gesichte symmetrisch angeordnete leukodermische Flecke, welche von einem pigmentierten Rande begrenzt sind. Es besteht an diesen Stellen intensives Jucken und Brennen, sonst keinerlei subjektive noch objektive Symptome.

Walsh stellt einen **Fall zur Diagnose**, wahrscheinlich **Pityriasis rubra**. Die Affektion begann bei dem 60jährigen Patienten unter ganz akuten Begleiterscheinungen (Schüttelfrost, Fieber, Appetitlosigkeit) vor ca. 6 Wochen mit einer Scharlachröte zuerst am Stamm, dann an den Armen, schlieſslich am ganzen Körper. Die Haut fühlte sich heiſs an und schwitzte stark. Gegenwärtig kennzeichnet sich die Affektion durch ein universelles, tiefes Erythem, verbunden mit reichlicher Desquamation. Der Urin ist frei von Eiweiſs und Zucker. Zeitweilig besteht intensives Jucken und Brennen. An verschiedenen Körperstellen sind die Drüsen (Leisten-, Axillar-, Submaxillardrüsen) geschwollen.)

Crocker meint, der Fall erinnere an eine Form von Mycosis fungoides, welche Kaposi als Lymphodermia perniciosa beschrieben habe. Die Franzosen bezeichneten derartige Fälle in diesem frühen Stadium als „Hommes rouges“.

G. Pernet hält es für notwendig, das Blut genau zu untersuchen, um die Diagnose Leukämie ausschlieſsen zu können. *C. Berliner-Aachen.*

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Juli 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* August 1899.)

J. Galloway demonstriert unter anderem einen **Fall von Lichen spinulosus.** Der Patient ist ein fünfjähriger Knabe, welcher seit einem Jahre an dem Ausschlage leidet. An der Vorderfläche beider Kniegelenke, sich abwärts bis zum Unterschenkel erstreckend, befindet sich eine groſse, erythematöse Hautpartie, auf welcher die

Follikelmündungen durch spitze, hornige Papeln markiert sind. Die befallenen Stellen sind in beständiger leichter Abschuppung begriffen. In letzter Zeit sind verschiedene zirkuläre Stellen am Stamm und an den Extremitäten in ähnlicher Weise befallen worden. Redner glaubt, dafs es sich im vorliegenden Falle wahrscheinlich um eine beginnende Pityriasis rubra pilaris handle, während andere Mitglieder, wie Crocker, Perry, Fox, Pernet, Mackenzie, Brooke einfach Lichen pilaris resp. Lichen spinulosus annehmen.

M. Morris läfst durch Galloway einen **Fall von desquamativer und suppurativer, oberflächlicher Entzündung der Unterlippe** demonstrieren. Die Patientin ist 40 Jahre alt und leidet seit ca. 6 Monaten an der Affektion. Bei genauer Besichtigung der Mundhöhle wurde bemerkt, dafs die Frau an Pyorrhoea alveolaris („Riggs disease") litt. Galloway hebt hervor, dafs derartige chronische Entzündungen der Lippen in eitrigen Zuständen des Zahnfleisches, in kariösen Zähnen ihre Ursache hätten.

C. Fox demonstriert einen 40jährigen Mann mit Pigmentation des Mundes, die sich vor vier Jahren entwickelt hat. Die Lippen, das Zahnfleisch, die Wangenschleimhaut sind besät mit kleinerbsengrofsen, stark dunkelbraunen bis schwarzen, runden Pigmentflecken. Sie sind ohne irgendwelche subjektive Beschwerden dem Patienten zu bereiten entstanden. Das Allgemeinbefinden desselben ist scheinbar gut, erbliche Belastung nicht vorhanden. Es liegt auch nicht der geringste Verdacht einer Nebennierenwirkung oder eines Carcinoms vor.

St. Mackenzie möchte ein frühes Stadium von Addisonscher Krankheit annehmen, die er in mehreren Fällen bei scheinbar ganz gesunden Leuten mit einer Pigmentation der Mundhöhlenschleimhaut habe beginnen sehen.

C. Fox demonstriert ferner ein sechsjähriges **Kind mit Dysidrosis und universellem circinären, makulösen Erythem.** Dasselbe begann vor drei Jahren mit punktförmigen, rosigen Flecken, welche sich rasch peripherisch vergröfserten, ringförmig wurden bis zur Gröfse eines Markstückes, dann nach Verlauf von 24 Stunden wieder verschwanden. Befallen wurden von dem Ausschlag nacheinander Gesicht, Hals, Stamm und Extremitäten. Die Affektion erinnert an Willans Roseola annulata. In den letzten Tagen entwickelten sich an den Vorderarmen und an der Oberlippe im Centrum einiger dieser erythematösen Flecke Blasen. Handteller und Fufssohlen des anämischen Kindes schwitzen stark und zeigen eine ausgedehnte Dysidrosis.

Fox empfahl salicylsaures Natrium. Ob durch Zufall oder nicht, der Ausschlag verschwand fast ganz, während andere Medikamente sich als wirkungslos erwiesen hatten. Das Kind hatte seit zwei Tagen über Schmerzen in den Füfsen geklagt.

Graham Little (als Gast) demonstriert einen **Fall zur Diagnose.** Das 14 Monate alte Kind, dessen Eltern steif leugnen, jemals Syphilis gehabt zu haben, bekam sechs Monate nach der Geburt einen Ausschlag, der von der Mutter als Windpocken angesehen wurde. Er ist charakterisiert durch blasse, chamoisinfarbene Flecke, welche das ganze Gesicht, mit Ausnahme der Stirn, der oberen und unteren Augenlider und eines etwa shillinggrofsen Bezirkes an jeder Backe bedecken. Die Hautoberfläche ist glatt. Ähnliche Flecke, aber schwächer ausgeprägt, sieht man am linken Oberschenkel und an der linken Gesäfshälfte. An einigen Stellen des Oberschenkels befinden sich drei weifse, stecknadelkopfgrofse Narben, aufserdem zeigt das Kind in der Kreuzbeingegend, am rechten Vorderarme, über der linken Schulter und am oberen Teile der Brust auf der linken Seite eine seborrhoische, augenscheinlich juckende Dermatitis mit feiner Abschuppung. Das linke Ellenbogengelenk ist geschwollen und war als Ephiphysitis behandelt worden. Die Mehrzahl der Mitglieder hält die letztere

als deutliches Anzeichen kongenitaler Syphilis kompliziert mit einer durch die Lues etwas modifizierten Dermatitis seborrhoica,

St. Mackenzie demonstriert einen **Fall von „Keratosis follicularis"** bei einem 16jährigen Mädchen, das bis vor vier Monaten keinerlei Hautkrankheiten gehabt hatte. Gegenwärtig sind in ziemlich symmetrischer Weise die oberen Partien der Unterschenkel und die unteren Teile der Oberschenkel, und zwar hauptsächlich deren vordere und äufsere Fläche von der Affektion befallen. Dieselbe ist charakterisiert durch spitze, gelbliche, mit den Mündungen der Haarfollikel zusammenfallende Erhabenheiten, von denen viele von einem Haar durchbohrt sind. Einzelne sind von einem hyperämischen Hofe umgeben, an anderen Stellen sieht man kleine Pusteln. Die Affektion verursacht kein Jucken. Sie ist nach der Ansicht des Redners nicht zu identifizieren mit Dariers Psorospermose folliculaire végétante, auch nicht mit Whites Keratosis follicularis. Sie ist eine Keratosis follicularis im eigentlichen Sinne des Wortes. — Die Gruppierung und Nomenklatur der Affektionen der Haarfollikel sei eine schwankende und bedürfe entschieden einer Revision.

St. Mackenzie demonstriert ferner einen **Fall Dermatitis gangraenosa** bei einem zwölf Monate alten, elend aussehenden Kinde. Die einzelnen Efflorescenzen, durch welche die Affektion charakterisiert ist, beginnen gewöhnlich als Papeln. Diese werden rasch vesikulär, dann pustulös. Entfernt man die Kruste, so bemerkt man zirkuläre, ausgehöhlte Geschwüre, welche mit Hinterlassung einer bräunlichen, grübchenförmigen Narbe abheilen. Die Efflorescenzen erinnern vielfach an Variolapusteln. Befallen sind mehr oder weniger alle Körperteile. Das Kind nimmt gern die Nahrung zu sich und schläft gut. Die Temperatur ist nicht erhöht.

Die Affektion wird von allen anwesenden Mitgliedern als nicht syphilitisch angesehen.

Crocker hält die Bezeichnung „Dermatitis gangraenosa infantum" für geeigneter als „Varicella gangraenosa".

Crocker demonstriert einen **Fall von recidivierendem, vesikulösen Ausschlag** bei einem 28jährigen Manne, einem Flötisten. Die Primäreffloreszenz ist gewöhnlich ein Bläschen, das von einer Erosion, dann von Ulceration gefolgt ist. Befallen sind vorwiegend die Schleimhäute der Mundhöhle. Der Patient hat beim Essen häufig wegen der erodierten Stellen Schmerzen. Er ist antisyphilitisch behandelt worden, obwohl er jede venerische Erkrankung in Abrede stellt.

In Ermangelung einer besseren Bezeichnung könnte man die Affektion mit „Pemphigus der Mundschleimhäute" benennen.

Sitzung vom 14. Juni 1899. (Nachtrag.)

(*The British Journal of Dermatology.* September 1899.)

George Pernet demonstriert mikroskopische **Präparate eines hornzerstörenden Pilzes, Onygena equina,** die ihm Prof. Marshall Ward aus Cambridge zur Verfügung gestellt hat. Ein Präparat zeigt das Mycel in dem Horn, das andere stellt vertikale Schnitte von reifen Sporen dar. Der Pilz zerstört das Horn von Grund aus. Kleine Stücke in Kaliumlösung gebracht, zeigen deutlich die Mycelfäden. Nach Prof. Ward ist die Onygena equina eine der etwa halbdutzend Arten von Onygena, welche im Horn, in den Hufen, Haaren, Federn etc. wächst. Die hornzerstörenden Eigenschaften des Pilzes scheinen die Ansicht Leslie Roberts zu bestätigen, welcher auch bei den Ringwormpilzen eine keratolytische Wirkung annimmt.

C. Berliner-Aachen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 8./20. Oktober 1899.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Pospelow sprach über die **Behandlung des Sarcoma cutis mit Arsenik** und stellte einen auf diese Weise behandelten Kranken vor. Der betr. Patient ist bereits vor 1½ Jahren in der Gesellschaft demonstriert worden und hat sich im Verlaufe dieser Zeit weiter gebessert. Er hat fast die ganze Zeit über Arsenik in Form sucutaner Injektionen erhalten, wobei es bis zu 3% Lösung (eine Pravaszsche Spritze) angewandt wurde. Sobald das Mittel ausgesetzt wurde, trat wieder eine Verschlimmerung des Krankheitsprozesses ein. Pospelow betont daher, dafs Arsenik bei Sarcoma cutis lange und in grofser Dosis gegeben werden mufs, wenn man Erfolg haben wolle.

2. Iljisch als Gast stellte ein 11jähriges Mädchen mit **Osteomyelitis syphilitica antibrachii** vor. Die Patientin hatte im Januar d. J. infolge eines unglücklichen Stofses in der Schule eine Fraktur des linken Unterarmknochen erlitten. Der Bruch heilte schlecht und an der betreffenden Stelle bildete sich eine schmerzhafte Schwellung. Der behandelnde Arzt diagnostizierte ein Osteosarkom und riet zur Amputation, was die Mutter veranlafste Pospelow zu konsultieren, welcher Syphilis diagnostizierte. Unter dem Gebrauch von Jodkalium und Quecksilberpflaster ist Besserung eingetreten. Pospelow fügt hinzu, dafs der Fall ein besonderes Interesse durch den Irrtum des Kollegen beanspruche. Solche Irrtümer sind oft vorgekommen und leicht hätte ein solcher hier zum Verlust eines wichtigen Gliedes führen können. Die Ordination gröfserer Dosen Jodkalium — kleine waren versucht worden vom Arzt — und die Untersuchung mittelst Röntgenstrahlen hätten zur richtigen Diagnose führen können. Auf näheres Befragen gab die Mutter der Patientin zu, dafs der Grofsvater und der Vater des Kindes luetisch gewesen seien. Pospelow deutet den Fall daher als hereditäre Syphilis.

3. Metscherski demonstrierte eine 27jährige Patientin mit **Prurigo und Diabetes mellitus.** Die Prurigo soll angeblich vor drei Jahren aufgetreten sein. M. gelang es im Urin unbedeutende Mengen von Zucker nachzuweisen, welche ihm die Vermutung nahe legten, ob die Prurigo nicht in Abhängigkeit zu setzen sei von dem Zuckergehalt. M. empfiehlt zur Bestimmung des Zuckers im Urin die von Kowarski modifizierte Jacksche Methode mit Phenylhydracin.

Diskussion: Fiweiski wird durch diesen Fall an eine Beobachtung erinnert, die er vor einigen Jahren gemacht hat. Ein Patient von ihm litt an furchtbarem Hautjucken, welches durch nichts zu bessern war. Auf Rat des Kollegen Tschernogubow wurde das Blut des Patienten untersucht, in welchem sich auch wirklich Plasmodien fanden. Chinin befreite den Patienten von seinem Leiden und wie Fiweiski gehört hat, gebraucht der Patient auch jetzt noch mit Erfolg Chinin, sobald sich der Juckreiz wieder einstellen will. — Pospelow. Es giebt verschiedene Ursachen, welche den Juckreiz hervorrufen, von denen uns aber viele noch fremd sind.

4. Sakressa als Gast stellte einen Fall von **Infantilismus** infolge hereditärer Lues vor.

5. Natanson als Gast demonstrierte die mikroskopischen Präparate eines Falles von **Cornu cutaneum**, welche er aus dem rechten Oberlide einer 18jährigen Patientin exstirpiert hat. Die Länge desselben betrug 4,5 mm, die Breite 1,5—2 mm. In der russischen Litteratur finden sich nach N. nur sechs Fälle von Hauthörnern verzeichnet und zwar 2 Fälle von Bätge, 1 von Mansurow und 3 von Jastrebrow. Hinsichtlich des mikroskopischen Befundes stimmt N. mit Spietschka und Ballaban überein,

nämlich dafs das Hauthorn sich aus hypertrophischen Hautpapillen, Vermehrung der Epithelzellen und Hyperkeratose konstituiert.

Diskussion: TSCHLENOW erkundigt sich, ob N. Serienschnitte hergestellt hat? NATANSON verneint es. — POSPELOW erbittet Auskunft wie lange das Hauthorn bestand. NATANSON erwidert, zwei bis drei Monate. POSPELOW macht zur Angabe N. über die russische Litteratur die Bemerkung, dafs der MANSUROWsche Fall mit dem einen BÄTGEschen identisch sei und dafs verschiedene andere Fälle nicht berücksichtigt sind, so auch einer von POSPELOW.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 49, Heft 2 und 3. 1899.

I. **Ein durch Gonokokken verursachter Fall von Phlegmone**, von JOHANN ALMKVIST-Stockholm. Es handelt sich in dem vorliegenden Falle um einen 19jährigen Patienten, der bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Urethritis blennorrhoica anterior et posterior zeigte und in den nächsten Tagen an der Innenseite der linken Fufswurzel eine Schwellung bekam, die gerötet und stark empfindlich war. Während diese unter Natrium salicylicum innerlich und JANETschen Irrigationen an der Harnröhre sich besserte, entstand eine ähnliche Schwellung an der Aufsenseite des rechten Fufses über den Peronealsehnen. Acht Tage später, nachdem der linke Fufs fast heil war, wurde über dem äufseren Malleolus des rechten Fufses, der ödematös geschwollen, stark gerötet und empfindlich war, Fluktuation gefühlt. Eine Probepunktion ergab mit Blut untermischten Eiter. Von dem letzteren wurden sofort einige Tropfen auf Ascitesagar nach KIEFERS Methode bereitet, ausgegossen. Die fluktuierende Partie wurde incidiert und der Eiter herausgelassen. Sowohl die mikroskopische, wie bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab typische Gonokokken ohne Beimengung anderer Bakterien. Erst nach dreimonatlichem Aufenthalte konnte der Patient, dessen Allgemeinbefinden im übrigen nicht gestört war, als völlig geheilt aus dem Krankenhause entlassen werden.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht glich der Krankheitsprozefs einer gewöhnlichen, eiterigen Unterhautphlegmone, die im vorliegenden Falle als eine blennorrhoische Matastase in dem subkutanen Bindegewebe des rechten Fufses anzusehen ist.

In der dem Verfasser zugänglichen Litteratur sind nur vier analoge Fälle publiziert, von denen drei mit dem vorliegenden das gemeinsam haben, dafs der Eiter stark mit Blut untermischt war, eine Eigenschaft, die vielleicht für den Inhalt blennorrhoischer Abscesse charakteristisch sein mag.

II. **Kasuistischer Beitrag zur Psoriasis**, von A. GASSMANN-Bern. Zu den beiden in Band 41 des Archivs publizierten Fällen von atypischer Psoriasis (vergl. Referat in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 26, S. 142) fügt Verfasser in der vorliegenden Arbeit die ausführliche Krankengeschichte eines dritten hinzu, der von JADASSOHN in der *Berliner Klinik*, Heft 113, als „kleincircinäre Psoriasis" bezeichnet worden ist. Der Fall weist grofse Analogien auf mit der von TÖRÖK als Abart von Psoriasis vulgaris geschilderten Erkrankung. Er ist hauptsächlich charakterisiert durch die aufsergewöhnliche starke Ausbildung kleingyrierter Plaques. Die

wesentlichsten Merkmale, durch welche sich der vom Verfasser beschriebene Fall von der gewöhnlichen gyrierten Psoriasis unterscheidet, sind folgende:

1. Die Verhornungsanomalie und der Exsudationsprozefs sind wenig ausgesprochen. Während die Gyri der gewöhnlichen Psoriasis immer von einer ziemlich beträchtlichen Schuppenmasse bedeckt sind und dieselbe fortwährend erneuern, ist das rote Gyruswerk hier von jeder makroskopisch sichtbaren Schuppung frei, und die feinen Schüppchen, die sich erst auf den in der Rückbildung begriffenen Gyri bilden, werden nicht zusammengehalten, sondern fallen meist leicht ab.

2. Die Gyri sind sehr klein, d. h. sie sind etwa 1 mm breit und die von ihnen eingeschlossenen Felder durchschnittlich $^1/_3$ qcm grofs.

3. Der einzelne Gyrus macht seinen Entwickelungsgang sehr rasch durch, nämlich im Verlaufe von Tagen und Wochen, also in viel kürzerer Zeit, als dies bei der Psoriasis gewöhnlich der Fall ist.

4. In den abgeheilten, centralen Partien entstehen ununterbrochen Recidive. Während bei der Psoriasis vulgaris die neuen Herde, seien es gewöhnliche Scheiben oder Gyri fast nur in der gesunden Haut auftreten und vorher befallenes Terrain einige Zeit hindurch meiden, treten hier die Gyri mit Vorliebe immer wieder gerade an den schon befallen gewesenen Plaques auf; diese letzteren selbst resp. deren Randgyri rücken dagegen nach der gesunden Haut hin im allgemeinen ganz ebenso langsam vor, wie die Herde der gewöhnlichen Psoriasis.

III. **Beitrag zur Kenntnis der Knäueldrüsenkörnchen**, von M. Tschlenoff-Moskau. Auf Veranlassung von Prof. Jadassohn hat Verfasser zur Zeit seines Aufenthaltes in Bern einige Präparate von Lepra tuberosa und anaesthetica untersucht und in allen Fällen mit Ausnahme eines von Lepra tuberosa die von Unna und Babes zuerst beschriebenen, säurefesten, mit Karbolfuchsin färbbaren Körnchen in den Schweifsdrüsen vorgefunden. Verfasser hat aber auch Präparate von verschiedenen Hauterkrankungen und von normaler Haut nach der Karbolfuchsinsäuremethode gefärbt und untersucht und gelangt auf Grund seiner Befunde zu folgenden Schlüssen:

1. Nicht blofs bei Lepra und bei Tuberkulose, sondern auch bei Prozessen, die mit diesen Krankheiten nichts zu thun haben, und in normaler Haut giebt es in den Schweifsdrüsenzellen Körnchen von verschiedener Gröfse, welche sich von den speziell bei Lepra gefundenen bisher nicht unterscheiden lassen.

2. Diese Körnchen geben nicht blofs die Tuberkelbacillenreaktion, sondern färben sich auch noch mit sehr verschiedenen anderen Farbstoffen.

3. Sie sind osmierbar, lassen sich aber von den als Fett aufzufassenden osmierbaren Körnchen der Schweifsdrüsen, neben denen sie vorkommen können, unterscheiden, da sie sich in Terpentinöl nicht lösen und auch in entfetteten Präparaten osmierbar sind.

4. Es ist nicht gelungen nachzuweisen, dafs sie zur Schweifssekretion und zur Pigmentbildung in den Schweifsdrüsen eine Beziehung haben.

IV. **Knotenbildungen bei Melkerinnen**, von Rudolf Winternitz-Prag. Verfasser beschreibt die Krankengeschichte von zwei Melkerinnen, welche durch den Umgang mit kranken Kühen multiple Affektionen an den Armen, Händen, bei der einen auch im Gesichte, acquirierten. Die Hauterscheinungen stellten sich teils als Blasen resp. Entzündungen des Unterhautzellgewebes (Panaritien), teils als solide Knoten von ca. $1^1/_2$ cm Durchmesser und etwa 8 mm Höhe dar. Die Panaritien hatten das Eigentümliche, dafs einer relativ bedeutenden Schwellung und Schmerzhaftigkeit im Anfange keine Eiterung in der Tiefe entsprach; die grofsen blasigen Erhebungen waren im Beginne mit rein serösem, oder nur wenig getrübtem Inhalt gefüllt, die Blasendecke war dick, opak.

Die kleinen Geschwülstchen saſsen einer völlig reaktionslosen Haut auf; Entzündung resp. Rötung und Schwellung der Umgebung traten höchstens auf äuſsere Reizung ein. Von den Knoten wurden einige mit dem Messer entfernt, die anderen verschwanden langsam im Verlauf von mehreren Wochen unter einem Borsalbenverband.

Kultur- und Überimpfungsversuche mit dem Inhalt einer prallgefüllten, vorher uneröffneten Blase, ferner mit dem Gewebssafte eines kleinen Tumors ergab sehr langsam wachsende, stecknadelspitzgroſse, weiſse Kolonien eines Diplo-Streptococcus, der Gelatine nicht verflüssigte und für Meerschweinchen (intraperitoneal) und Kaninchen (intraepidermidal in die Ohrhaut) nicht pathogen war.

Der histologischen Untersuchung wurden drei Knoten vom Arme, einer von der Nasenspitze und ein Segment einer von der Conjunctiva excidierten Efflorescenz unterworfen. Im ganzen zeigte das histologische Bild die beginnende Entwickelung einer vielkammerigen Blase.

Faſst man die Befunde bei den einzelnen Knoten zusammen, so ergiebt sich: Entzündliche Infiltration des Bindegewebes und eine dadurch bedingte Schädigung und Verminderung des elastischen Gewebes, beträchtliche Verlängerung der Papillen, stärkeres Wachstum der epithelialen Schicht, degenerative Veränderungen in der epithelialen Schicht, welche als Borke bloſs die Hornschicht oder als Hohlraumbildung und Bläschen Hornschicht und tiefere Epithellagen betreffen.

Daſs die Blasen und die Knoten zusammengehören resp. sich auseinander entwickeln kann man mit Wahrscheinlichkeit annehmen, da zwei Knoten den Grund von Blasen bildeten oder sich auf denselben allmählich entwickelten.

Verfasser versucht an der Hand der Litteratur eine Diagnose zu stellen. Er hält es nicht für ausgeschlossen, daſs es sich in den vorliegenden Fällen trotz des Fehlens von Allgemeinerscheinungen während des Krankheitsverlaufes um Maul- und Klauenseuche gehandelt habe. Da aber eine Untersuchung der Kühe nicht stattgefunden hatte, so möchte er diese Diagnose nur als eine mutmaſsliche ansehen.

V. **Sarcomata idiopathica multiplicia pigmentosa cutis (KAPOSI)**, von ROBERT BERNARD-Warschau. In seiner Übersicht über die einschlägige Litteratur zeigt der Verfasser, wie sehr die Meinungen der Autoren hinsichtlich der Genese und Ätiologie der idiopathischen, multiplen Pigmentsarkome auseinandergehen; die Ursache liege in der geringen Zahl von Beobachtungen, die über die ersten Bildungsphasen dieser Geschwülste bisher gemacht worden seien. Nur auf dem Wege der Untersuchungen frühester Entwickelungsstadien, in denen die zukünftige Geschwulst erst zu keimen beginnt, werde man zu bestimmteren Resultaten über die Genese und Ätiologie der in Rede stehenden Geschwülste gelangen.

Im folgenden teilt der Verfasser ausführlich die Krankengeschichte zweier Fälle aus Dr. ELSENBERGS Abteilung für Hautkrankheiten mit. In dem einen derselben wurden nicht nur schon ausgebildete Geschwülste, sondern auch solche in den Anfangsstadien ihrer Entwickelung einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung unterworfen. Der Fall betraf einen 52jährigen Lehrer, dessen Hautkrankheit im Jahre 1891 mit einer etwa thalergroſsen Rötung und Verdickung der Haut an der Radialseite des linken Handrückens begann; bald darauf bildeten sich kleine Knötchen auf dieser veränderten Hautpartie. In ähnlicher Weise wurden binnen kurzer Zeit der linke Fuſsrücken, das linke Kniegelenk, die obere und untere rechte Extremität befallen. Der Patient ist stark abgemagert und fühlt sich schwach.

Gegenwärtig weist der Status klinisch alle Entwickelungsphasen der Affektion auf. Es entstehen zuerst bläulichrote oder braungelbe, unregelmäſsig gestaltete, glatte Flecke; im weiteren Verlaufe entwickeln sich in denselben kleine Knötchen, die eine

ähnliche Farbe wie die Flecke annehmen und nach und nach zuweilen bis zur Kirschengröfse wachsen. Stellenweise kommt es zur Degeneration der Knötchen und zur Resorption der degenerierten Tumoren. Dieses spontane Verschwinden derselben läfst den Verfasser hoffen, dafs bei einer guten Ernährung des Kranken und unter Arsenikbehandlung (Arsenikalis Serum von Prof. Nencki) eine völlige Resorption auch der übrigen Knötchen stattfinden wird.

Zum Zwecke der histologischen Untersuchung wurden zwei ausgebildete Knötchen, aufserdem zwei Stückchen Haut aus den Flecken excidiert. Das Resultat der Untersuchung wird ausführlich mitgeteilt. Aus dem histologischen Bau der Knötchen, namentlich in ihren ersten Entstehungsphasen ergiebt sich direkt die anatomische Diagnose: „Angio-sarcoma fusocellulare peritheliale cutis." In den frühesten Stadien bemerkt man zuerst an vereinzelten Stellen der Gefäfse Schwellung der perithelialen Zellen, später ihre Wucherung, infolge dessen sich Streifen und Buckel als Scheiden um die Gefäfse bilden. Diese Scheiden gleichen den spindelzelligen Bündeln, welche in den schon ausgebildeten Knötchen in verschiedener Richtung verlaufen, sich gabelförmig teilen und Seitenzweige aufweisen; in der Mtte der Bündel sieht man das Lumen des Gefäfses, aus dessen Perithelium das Bündel selbst entstanden ist, und dessen Wandung nun das infolge perithelialer Wucherung entstandene sarkomatöse Gewebe bildet. Hämorrhagien scheinen nicht zum Anfangsstadium dieses pathologischen Prozesses zu gehören, können denselben also auch nicht verursachen. Dagegen findet man sie in den ausgebildeten Knötchen konstant, und sie sind um so reichlicher vorhanden, je gröfser und älter das Knötchen ist. In solchen Knötchen giebt es auch immer viel Pigment.

VI. **Über eosinophile Zellen im blennorrhoischen Eiter,** von Bettmann-Heidelberg. Verfasser hat mehrere Monate hindurch Fälle von Blennorrhoe, welche auf der Heidelberger medizinischen Klinik und Poliklinik zur Beobachtung kamen, auf die Frage der eosinophilen Zellen hin untersucht und ist dabei zu einer Bestätigung der Anschauung Pezzolis gelangt, wonach reine, frische Blennorrhoen der Pars anterior urethrae erst im Verlaufe der dritten Woche nach der Infektion einen deutlichen Anstieg der eosinophilen Zellen im Sekrete zu zeigen pflegen, während sich diese Elemente vorher nur in spärlicher Zahl zeigen oder ganz fehlen. Ausnahmsweise können in den allerersten Tagen der Erkrankung eosinophile Zellen in dem noch dünnflüssigen, serösschleimigen Sekret in auffallenden Mengen enthalten sein. Gegen Ende der ersten Woche jedoch sind sie gänzlich oder fast vollständig aus dem Sekrete verschwunden. In der ganzen zweiten Woche nach der Infektion weist der Eiter bei unkomplizierter Blennorrhoe der Harnröhre des Mannes keine oder nur spärliche eosinophile Zellen auf. Gerade Fälle in diesem Stadium wurden benutzt, um den Einfluss des Cantharidins auf die Eosinophilie zu studieren. In 6 von den 14 daraufhin untersuchten Fällen traten eosinophile Zellen in gröfseren, vereinzelt sogar sehr reichlichen Quantitäten auf, und man kann kaum zweifeln, dafs diese Eosinophilie in direkter Beziehung zu den Injektionen von cantharidinsaurem Kalium in die Urethra anterior stand, weil sie nach der Einspritzung erschien und nach einer kontrollierbaren Zeit wieder verschwand. Dafs eosinophile Zellen in gröfserer Zahl nicht oft auf jeden beliebigen Injektionsreiz hin auftreten, beweist der Umstand, dafs Verfasser eine entsprechende Eosinophilie nach Einspritzungen von Argentum nitricum, Protargol, übermangansaurem Kalium, Zinksulfat und Ichthyol in den üblichen Verdünnungen nicht beobachtet hat.

Die Untersuchungen des Verfassers haben weiter ergeben, dafs, wenn eine Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blennorrhoeeiter vorliegt, man mit ziemlicher Sicherheit auch auf eine Vermehrung dieser Elemente im Blute rechnen kann, dafs

insbesondere der Eintritt einer Urethritis blennorrhoica posterior, vor allem aber das Einsetzen einer Epididymitis meist ihre Zahl im Blute in die Höhe schnellen läfst.

Der Verfasser beschäftigt sich sodann sehr eingehend mit den Theorien, welche die Entstehung der eosinophilen Zellen im Harnröhreneiter erklären sollen.

VII. **Über die aus weichen Naevis entstandenen bösartigen Geschwülste**, von Ludwig Waelsch-Prag. Die mikroskopische Untersuchung dreier aus Naevis entstandenen Geschwülste gab Verfasser Gelegenheit, der Frage über die Zugehörigkeit derselben zum Carcinom näher zu treten.

Der erste Fall betraf eine 56jährige Frau, bei welcher sich vor einem Jahre aus einem Muttermale über dem rechten Schulterblatte die gegenwärtige Geschwulst zu entwickeln begann. Der annähernd spindelförmige Tumor hat einen Längsdurchmesser von ca. 10 cm, einen queren von etwa 6 cm, ist von mäfsig derber Konsistenz und vielfach gelapptem, blumenkohlartigen Bau, von tiefschwarzblauer Farbe. Stellenweise ist er exulceriert, schmierig belegt und verbreitet einen penetranten Geruch. Um den Tumor herum gruppieren sich zahlreiche, dicht nebeneinander stehende, braunrote bis schwarzpigmentierte, stecknadelkopf- bis erbsengrofse Knoten, von denen einzelne eine eigentümliche Transparenz zeigen. Die Haut zwischen den kleinen Tumoren ist stark gerötet und mit kleinsten Pusteln besetzt. Die Nacken- wie die Supraclaviculardrüsen sind vergröfsert, weniger die Axillardrüsen.

Die Patientin ist stark abgemagert. Die Untersuchung des Blutes ergab Verminderung der roten Blutkörperchen.

Von der befallenen Rückenhaut wurde ein Stückchen excidiert, das zahlreiche pigmentierte und pigmentlose Tumoren aufwies. Das Resultat der histologischen Untersuchung war im wesentlichen folgendes: „Der im Corium sitzende Tumor setzt sich zusammen aus gröfseren und kleineren scharf begrenzten rundlichen Zellballen oder länglichen Zellsträngen. Die Anordnung dieser umschriebenen Zellmassen, sowie deren Elemente zeigen vollständige Übereinstimmung mit denen eines Naevus, sie stellen in ihrer Lagerung zu einander und zum Deckepithel eine vollendete Nachahmung des histologischen Bildes eines Naevus dar. Die Zellhaufen bestehen ihrerseits aus Elementen, welche deutlich den Charakter von Epithelabkömmlingen tragen.“ — Das Bindegewebe und die elastischen Fasern, die Haarbälge und deren Talgdrüsen, teilweise auch die Schweifsdrüsen, die Blutgefäfse sind vollständig zu Grunde gegangen und durch die Geschwulstmasse ersetzt.

Auch in den beiden anderen, vom Verfasser ausführlich mitgeteilten Fällen handelte es sich „um epitheliale Geschwülste, die sich aus weichen Naevis, somit aus präexistierenden Anlagen epithelialer Natur entwickelten, die dann in dem Aussehen und dem Aufbau der zelligen Elemente vollständige Übereinstimmung zeigten mit dem schon von Haus aus pathologischen Mutterboden.“ Verfasser stimmt mit Unna und Hodara vollständig überein, welche die Möglichkeit der Existenz wahrer, alveolärer Sarkome nicht bestreiten, aber eine Gruppe dieser Tumoren, nämlich die aus weichen Naevis entstandenen, ausgeschieden und den Epithelialgeschwülsten eingereiht wissen wollen.

VIII. **Über Rhinosklerom**, von S. Róna-Budapest. 1. Das Vorkommen und die Verbreitung des Rhinoskleroms in Ungarn. Folgende Erwägungen haben den Verfasser zur Überzeugung gebracht, dafs dem Frischschen Kapselbacillus eine ätiologische Bedeutung in der Pathologie des Rhinoskleroms zuzuerkennen sei: 1. Der Rhinosklerombacillus kann in jedem sicheren Rinoskleromgewebe gefunden oder aus demselben gezüchtet werden. 2. Das Rhinosklerom ist eine regionäre Erkrankung und zwar mit einem regelmäfsigen Typus. 3. Das Rhinosklerom ist nach

unserem heutigen Wissen en miniature gerade so eine endemische Krankheit wie die Lepra.

Verfasser stellt im folgenden jene Fälle zusammen, welche in Ungarn beobachtet und behandelt wurden. Es sind mit den fünf von Wolkowitsch citierten Fällen im ganzen 21 Fälle sicheren Rhinoskleroms, welche aus Ungarn stammen, so dafs dieses nach Rufsland (29 Fälle), nach Österreich (27) und Mittelamerika (23) den vierten Platz unter den Staaten in Bezug auf das Vorkommen des Rhinoskleroms einnimmt.

2. Die metastatische Erkrankung der regionären Lymphdrüsen bei Rhinosklerom. Die Erfahrungen, die der Verfasser in Bezug auf das Wesen der das Rhinosklerom begleitenden regionären Lymphdrüsenschwellungen gewonnen hat, teilt er an der Hand eines eingehend studierten und ausführlich beschriebenen Falles im vorliegenden Kapitel mit.

Das Resumé der Untersuchungen ist folgendes:

1. In dem erwähnten Falle sowohl, wie in vier anderen heimischer Autoren, war das Rhinosklerom von einer höhergradigen, regionären Lymphdrüsenschwellung begleitet.

2. Die mikroskopische Untersuchung dieser Lymphdrüsen hat einen subakuten entzündlichen Prozefs gezeigt.

3. Diese Lymphdrüsen unter den gröfsten Kautelen in zwei verschiedenen Zeiten mit ihrer Kapsel exstirpiert, von Ort und Stelle entfernt und mit sterilem Messer aufgeschnitten, enthielten eine Lymphe, welche üppige Rhinosklerombacillenkulturen lieferten.

4. Während Verfasser aus der Lymphe des Rhinoskleromgewebes und der regionären Lymphdrüsen mit der gröfsten Leichtigkeit reine Kapselbacillenkulturen erhalten hat, sind die Nährböden, die mit der Lymphe und mit dem Blute aus der gesunden Nachbarschaft des Rhinoskleromgebietes beschickt wurden, steril geblieben.

5. Ebenso sind die Kulturböden steril geblieben, die mit reichlichem, aus den Venen zweimal entnommenen Blute geimpft wurden.

6. Die hämatologische Untersuchung des Blutes hat keine auffallenden Veränderungen desselben zu zeigen vermocht.

7. Die Autoinkulation hat zumindest nach Monaten kein Zeichen des Haftens gegeben. Aus allem kann man unter der Voraussetzung, dafs der Bacillus von Frisch thatsächlich der Erreger des Rhinoskleroms ist, mit der gröfsten Wahrscheinlichkeit den Schlufs ziehen, dafs die regionären, sich an das Rhinosklerom anschliefsenden Lymphdrüsenschwellungen zum spezifischen Prozefs gehören, d. h. dafs dieselben den Charakter der metastatischen Erkrankung an sich tragen; dafs hingegen die Allgemeininfektion des Blutes auch nach Jahrzehnten nicht erfolgt, und der sich einstellende Marasmus thatsächlich so, wie es die Autoren annehmen, eine Folge der mangelhaften Ernährung und Luftzufuhr ist.

IX. **Über Keloide**, von Max Joseph. (Vergl. das Referat in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 28, S. 199.)

X. **Untersuchungen zur Ätiologie der Impetigo contagiosa**, von R. Kaufmann. Von Blaschko sind seit mehreren Jahren systematische Züchtungsversuche mit Blaseninhalt von Impetigo angestellt worden, wobei stets ein Mikroorganismus rein gezüchtet wurde, der mikroskopisch und kulturell dem echten Staphylococcus pyogenes aureus oder albus glich, sich jedoch von diesem dadurch unterschied, dafs er bei Überimpfungen von Mensch zu Mensch immer eine seröse Entzündung hervorrief, während der echte Staphylococcus stets Affektionen mit rein eitrigem Charakter verursacht. Auf Veranlassung von Dr. Blaschko hat Verfasser nun sich der Aufgabe unterzogen, den Erreger der Impetigo contagiosa durch eingehende bakteriologische

Untersuchungen genau zu ermitteln, wohl zu charakterisieren und ihn von anderen ähnlichen bereits bekannten Mikroorganismen wohl zu differenzieren. Als Ausgangsmaterial für diese Untersuchungen dienten 23 Fälle von Impetigo contagiosa, die streng von der Impetigo simplex nach Bockharts und Unnas Arbeiten getrennt wurde.

Der Blaseninhalt, welcher sich stets als Träger des Kontagiums erwies, wurde mikroskopisch untersucht. Das Bild war stets dasselbe, zumeist fanden sich mehrkernige, spärliche Leukocyten, dann Diplokokken, teils intra-, teils extracellulär, außerdem kleine, 3—4gliedrige Kettchen, kleine Träubchen, aus 4—5 Kokken bestehend, ferner Zellen, deren Protoplasma mit Kokken vollgepfropft war.

Das Resultat der Kulturversuche ist hinsichtlich der Differenzierung der vom Verfasser rein gezüchteten Impetigo contagiosa-Kokken von den echten Staphylokokken folgendes:

I. Die beiden Kokken sind sich in nachstehenden Punkten ähnlich: 1. Auf Peptonagar bilden beide kreisrunde Kolonien und auch bezüglich der Farbe bestehen zwischen beiden keine fundamentalen Unterschiede. 2. Beide entwickeln auf Agar einen ganz charakteristischen Geruch nach saurem Kleister. 3. Beide färben sich nach Gram. 4. Mikroskopisch zeigen beide ungefähr dieselbe Größe. 5. Beide koagulieren Milch. 6. Beide wachsen auf Kartoffeln als Belag. 7. Beide verflüssigen Gelatine.

II. Die wesentlichsten Punkte, in denen sich beide von einander unterscheiden sind folgende:

A. Kulturen: 1. Auf Agar, Blutserum und Sabourauds Nährboden Bildung kleinerer, matter glänzender, wenig kohärenter Kolonien; 2. in Milch raschere Koagulation; 3. in Bouillon mikroskopisch Neigung zur Bildung kleinerer, kurzgliedriger Ketten, während echte Staphylokokken mehr oder weniger große Trauben bilden, ferner geringere Alkalescenzbildung; 4. Stichkultur in Gelatine geringere Verflüssigung; Form der Verflüssigung langer abgestumpfter Kegel, während Staphylococcus pyogenes aureus trichterförmig verflüssigt.

B. Widerstandsfähigkeit geringer als die echter Staphylokokken.

C. Impfung: 1. auf Menschen Blasen überwiegend serösen Inhalts, während Staphylococcus pyogenes aureus oder albus eitrige Blasen, Abscesse oder Furunkel hervorrufen; 2. für Kaninchen, sowohl intravenös wie intrakorneal injiziert, weniger virulent als echter Staphylococcus.

XI. **Hyperidrosis spinalis superior**, von M. Kaposi-Wien. Verfasser beschreibt folgenden in der Wiener dermatologischen Klinik beobachteten Fall. Der Patient ist ein 15jähriger Knabe, der seit seinem sechsten Lebensjahre an kontinuierlichem Schwitzen der oberen Körperhälfte leidet. Schon als einjähriges Kind zeigte sich nach den Angaben der Mutter fortwährender Schweiß an der Nasenspitze. Seit dem 8. Lebensjahre tritt der Schweißausbruch anfallsweise auf, zumeist in einer bestimmten Reihenfolge, zuerst befällt er die Nasenspitze, dann die Wangen, dann den Hals, die Schultern und zuletzt die Arme und die Brust. Der Patient hat eine Kyphoskoliose angeblich seit dem 8. Lebensjahre. Das Schwitzen ist im Winter, wie überhaupt bei Einwirkung kalter Temperatur weit stärker als im Sommer und unter dem Einflusse der Wärme. Jedem Schweißausbruche geht ein Gefühl von kaltem Schauder voran, an den sich sofort der Schweiß anschließt, und zwar immer dann, wenn der Patient sich kalter Temperatur aussetzt. Tritt er dagegen beispielsweise in ein warmes Zimmer, oder nimmt er warmen Thee zu sich, so verliert sich der Schweiß im Verlaufe einer halben Stunde. Im Bette zugedeckt und nach Aufnahme warmer Speisen schwitzt er wenig. — Verfasser hat zunächst durch Versuche die Angaben des Patienten kontrolliert und dieselben bestätigt gefunden. Nach einem

Trunk kalten Wassers beispielsweise traten kleine Schweifstropfen in der Brustgegend und am Rücken hervor. Durch bloſses Aufdecken der Füſse wurde ein starker Schweifsausbruch an den unteren Extremitäten provoziert u. s. w. Umgekehrt konnte man durch Zufuhr von Bädern die Schweifssekretion durch ungefähr 30 Minuten sistieren. Während dieser Zeit kann dieselbe auch nicht durch andere Kältereize wieder hervorgerufen werden.

Weitere Versuche des Verfassers waren darauf gerichtet, die Abhängigkeit des Schwitzens vom Blutgefäſssystem zu prüfen. Totale Unterbindung des Armes, wobei vollständige Anämisierung desselben eintritt, hebt jedes Schwitzen an der unterbundenen Extremität auf. Reflektorisch jedoch wird durch aufgegossenes kaltes Wasser oder durch sonst einen Kältereiz (Chloräthyl) immer ein Schweifsausbruch an den sonst schwitzenden Stellen erzeugt, während der unterbundene Arm selbst durch solch einen Kältereiz von einem Schweifsausbruch frei bleibt. Auch lokale Pilokarpininjektion war am unterbundenen Arme von keiner Schweifssekretion begleitet. Diese Versuche sowie einige andere gestatten den Schluſs, daſs in den peripheren Endigungen der Nerven wie auch in den Schweifsdrüsen selbst die Ursache für die übermäſsige Schweifssekretion sicher nicht liegen kann, sondern daſs die letztere vom Nervensystem abhängig ist und auf dem Wege des Reflexes zu Stande kommt.

Untersuchungen mittelst Pilocarpin und Atropin haben ergeben, daſs durch Pilokarpineinspritzungen eine starke und ziemlich rasch einsetzende Schweifssekretion eintritt, während eine Atropineinspritzung sicher die Schweifssekretion am ganzen Körper aufhebt.

Die Deutung des in seiner klinischen Erscheinung ganz eigentümlichen Falles wird erleichtert, wenn man sich vergegenwärtigt, daſs die Schweifssekretion und deren Abnormitäten vielfach von der durch die Herzaktion bewirkten, stärkeren arteriellen Füllung, sowie von den Schwankungen des Tonus oder der angeborenen Enge der Hautgefäſse abhängen. In höherem Grade aber wird die Schweifssekretion direkt und indirekt vom Nervensystem beeinfluſst. Angst und Schreck, heftige Schmerzen, Übelkeit etc. lassen, wie jeder weifs, häufig den Schweifs in groſsen Tropfen auf die Stirn hervortreten. Viele in der Litteratur publizierte Fälle von Hyperidrosis universeller Art und noch mehr die der Hyperidrosis localis, partialis, unilateralis im Ausbreitungsgebiete eines in seinem Verlaufe gereizten Nerven oder vergesellschaftet mit deutlichen Symptomen vasomotorischer, spasmodischer oder neuroparalytischer Gefäſszustände, zeigen klar den Einfluſs, den das Centralnervensystem auf die Thätigkeit der Schweifsdrüsen ausübt.

In dem vom Verfasser beschriebenen Fall „scheint der Auslösungspunkt für den die Hyperidrosis veranlassenden Reiz in den vasomotorischen Centren der grauen Substanz des unteren Hals- und oberen Brustmarks und vielleicht noch höher zu liegen. Für diese Annahme spricht die Beiderseitigkeit der Hyperidrosiszone und ihre Begrenzung vorwiegend auf das Ausbreitungsgebiet der aus dem Plexus cervicalis inferior, Plexus brachialis stammenden und den angrenzenden 3—5 thoracischen Spinalnerven, wobei auch die teilweise Beteiligung des zugehörigen Trigeminusgebietes durch Beteiligung der jenen beigesellten Sympathikusfasern verständlich wäre; ferner die erwiesene reflektorische Erregbarkeit der Hyperidrosis durch periphere Reize und nicht zum geringsten, das Ergebnis des angeführten Pilokarpin-Atropinversuches.“ Deshalb glaubt der Verfasser auch den Fall klinisch als „Hyperidrosis spinalis superior“ bezeichnen zu dürfen.

XII. **Zur Kenntnis des venerischen Bubo und des Buboneneiters**, von C. Adrian. (Schluſs.) Der Verfasser resumiert die Ergebnisse seiner Untersuchungen in folgenden Schluſssätzen:

1. Die im Gefolge von weichem Schanker auftretenden Vereiterungen der Inguinaldrüsen — gleichgiltig ob sie inokulablen Eiter liefern, und die Incisionswunde schankrös wird (virulente Bubonen) oder nicht überimpfbaren Eiter enthalten, und die Incisionswunde reaktionslos zuheilt (avirulente Bubonen) — kommen ausnahmslos zu stande durch das Eindringen des Ducreyschen Bacillus in die Lymphdrüsen.

2. Derselbe findet sich bei genauerem Suchen im Eiter des frisch punktierten oder incidierten, sich nachträglich als virulent oder avirulent herausstellenden Bubo fast ausnahmslos.

3. Im Eiter des virulenten sowohl wie avirulenten Bubo, ferner in den Inokulationspusteln finden sich neben typischen Streptobacillen Formen von Bakterien, Kokken, Diplokokken von verschiedener Größe, zum Teil intracellulär, über deren Herkunft wir nichts Bestimmtes aussagen können, die unter Umständen auf den gewöhnlichen Nährböden kultivierbar sind.

4. Diese Bakterien scheinen nur die Rolle accidenteller, sekundärer Infektion oder vielleicht einer Mischinfektion zu spielen, wenigstens scheint ihre Anwesenheit auf das Auftreten und den weiteren Verlauf des Bubo ohne jeden Einfluß zu sein. Vielmehr trägt

5. jeder Bubo im Anschluß an Ulcus molle, schon durch das Eindringen des Streptobacillus in die Lymphgefäße und Lymphdrüsen allein, den Keim des Virulentwerdens in sich.

6. Die Schwankungen der Temperatur in der Bubohöhle selbst, vor der Eröffnung derselben, sind in erster Linie maßgebend für den späteren klinischen Verlauf des Bubo, mit anderen Worten für die spätere Virulenz oder Avirulenz desselben. Weder die Eigenart des Gewebes, noch die Intaktheit der Hautdecke über dem Bubo erklären allein die Veränderungen der Virulenz.

7. Der virulente Buboeiter, subcutan injiziert, kann lokale Entzündung und Eiterung hervorrufen, dabei aber seiner Virulenz, d. h. seiner Inokulationsfähigkeit verlustig gehen, ebenso wie die darin enthaltenen Streptobacillen ihre Tinktionsfähigkeit einbüßen können. Der Entzündungsherd selbst kann der Resorption anheimfallen. Das letztere gilt auch für avirulenten Buboeiter.

8. Die Inokulationsfähigkeit des frisch entleerten Buboeiters ist in den später sich als virulent herausstellenden Fällen nicht konstant. Auch diese Eigenschaft des Buboeiters ist abhängig von den Temperaturschwankungen, denen der Bubo bis dahin ausgesetzt war, und ist keineswegs durch die Stagnation, die Intaktheit der Hautdecke etc. allein erklärt.

9. Die Verflüssigung erstarrten, menschlichen oder tierischen Blutserums durch Buboeiter, gleichgiltig ob virulent oder nicht virulent, ist nicht notwendigerweise gebunden an das Vorhandensein lebender oder toter Bacillenleiber in dem Eiter, scheint vielmehr eine Eigentümlichkeit jeder Eitersorten, insbesondere auch des Eiters einer durch Terpentinöl herbeigeführten sogen. aseptischen Eiterung zu sein.

10. Es gelingt unter keinen Umständen durch irgendwelche Mittel (Kälte, Wärme, einfache Punktion mit oder ohne nachträgliche Einspritzung chemisch differenter oder indifferenter Substanzen) mit Sicherheit einen vereiterten oder nicht vereiterten aber schmerzhaften Bubo künstlich avirulent zu machen.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Purpura und Intoxikationen, von Breton. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 3.) Purpura ist nach den Ergebnissen vielfacher Untersuchungen und Erfahrungen eine Infektionskrankheit, wenn sie auch nicht durch einen spezifischen Mikroorganismus, sondern durch verschiedene Arten von Mikrobien verursacht wird. Sie tritt sowohl idiopathisch wie auch sekundär im Gefolge anderer Krankheiten auf. Die Untersuchung des Blutes ergiebt folgenden Befund: die Zahl der Blutkörperchen ist vermindert, der Gehalt von Febrin und Serumalbumin vermehrt; das Blut ist blasser, wäfsriger als normal, hat die Fähigkeit zu koagulieren verloren, enthält weniger Farbstoffe. An den Gefäfsen findet sich entweder Phlebitis capillaris haemorrhagica oder fettige Entartung der Wände oder Endocapillaritis; diese Schädigungen der Gefäfse werden entweder durch die Mikrobien und ihre Toxine direkt oder indirekt unter Vermittelung des Nervensystems bewirkt. Auf welchem Wege die Infektion zu stande kommt, darüber ist bis jetzt nichts Sicheres bekannt; nach den Erfahrungen des Verfassers handelt es sich in manchen Fällen um Autointoxikation vom Darme aus, deren Eintritt durch bestehende gastrointestinale Störungen, hartnäckige Obstipation etc. begünstigt wird. *Göts-München.*

Ein Fall isolierter Urticaria der Zunge, verbunden mit Achlorhydrie, von J. L. Goodale. (*Journ. of the Med. Sciences.* April 1899.) Der 38jährige Patient hatte schon mehrere Male an derselben Affektion gelitten. Er hatte als Schuhmacher die Gewohnheit, Schuhzwecken im Munde zu halten, war auch ziemlich leidenschaftlicher Raucher. Bei der Untersuchung zeigte der Zungenrücken von den Papillae circumvallatae an bis ungefähr 1 cm Entfernung von der Zungenspitze zahlreiche Eruptionen im Abstande von 1 bis $^1/_2$ cm. Die filiformen und fugiformen Papillen waren vergröfsert, stark gerötet und gingen ziemlich unvermittelt in das normale Epithel der Zungenspitze über. Die ganze gerötete Fläche war von leicht mit dem Finger zu glättenden Furchen und Runzeln durchschnitten, ohne dafs eine Induration oder Konsistenzveränderung irgendwo zu fühlen war. Die erkrankten Stellen der Zunge zeigten sich gegen mechanische, chemische und thermische Reize sehr empfindlich. Geschmacksempfindung normal. Pruritus und spontane Schmerzen fehlten. Histologisch liefs sich eine Proliferation der Endothelien des Coriums nachweisen, verbunden mit Ödem und Leukocyteninfiltration der Nachbarschaft, sowie erhöhte Proliferation der Retezellen. — Verfasser beobachtete den Zustand der Zunge mehrere Monate, während welcher Zeit die Eruptionen bald verschwanden, bald plötzlich wieder auftauchten, bisweilen auch in geringerem Mafse Wangen und Lippen in Mitleidenschaft zogen. Er glaubt daher, dafs es sich um eine mit der Hauturticaria identische isolierte Urticaria der Zunge handle. Da der Patient gleichzeitig Symptome von Magen- und Darmgährung mit Fehlen der Salzsäure aufwies, so ist die lokale Urticaria vielleicht durch diese Erscheinungen zu erklären. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Erythema exsudativum infolge von Tripper, von Miroljubow. (*Wratsch.* 1899. No. 29.) Verfasser beobachtete einen Fall von Tripper, der sich sechs Tage nach der Aufnahme in das Lazarett durch einen unter hohem Fieber einher-

gehenden Ausschlag komplizierte. Derselbe machte zuerst den Eindruck eines papulösen und später den eines exsudativen Erythems, welches den ganzen Körper mit einziger Ausnahme der Fufssohlen und der Handflächen betraf. Nach einigen Tagen verschwand der Ausschlag, ohne dafs eine Behandlung vorgenommen worden war. Die Untersuchung des Harnröhrensekrets zeigte reichlich Gonokokken vor dem Auftritt des Ausschlages. Mit letzterem schwand der Ausflufs und kehrte auch nicht wieder. Bei Untersuchung des Blutes fand Verfasser eine Leukocytose und in den Leukocyten zweifellose Gonokokken. *A. Jordan-Moskau.*

Die Ausführung der Skarifikationen bei Ödemen, von Deguy. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 20.) Der Verfasser empfiehlt, Skarifikationen der Ödeme bei Herzkranken mit dem Thermokauter zu machen oder, wenn kein genügend feiner Brenner zur Verfügung steht, mit einer dicken rotglühenden Nadel, die, mit einer Schieberpinzette gefafst, ca. 6 mal 1—2 cm tief in das ödematöse Gewebe eingestochen wird. Diese Methode ist aseptisch und verursacht keine oder fast keine Schmerzen; überdies hat sie den Vorteil, dafs die glühende Nadel leicht in das Gewebe eindringt und einen Schorf bildet, der einerseits eine Infektion, andererseits den raschen Verschlufs der Wunde verhindert. Zum Verband, der zur Vermeidung von Maceration der Haut oft erneuert werden mufs, werden keine reizenden Substanzen, wie Jodoform oder Salol, sondern nur sterilisierte Kompressen oder sterilisierte Watte verwendet. Die Umgebung der Wunden wird mit Borvaselin eingefettet, damit kein Erythem entsteht. *Götz-München.*

Im Verein für innere Medizin zu Berlin (Vereinsbeilage No. 29 der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 31) stellte Albu einen **Fall von Lebercirrhose mit elephantiasisähnlichem Ödem der Bauchdecken** vor. Nach Rückgang des Ascites blieb Ödem der Beine zurück; ferner hat sich eine Art zweiteiligen Hängebauchs entwickelt, indem unterhalb des Nabels zwei Hautsäcke herabhängen, jeder im Gewicht von 15—20 Pfund; sie fühlen sich an wie derbe Bindegewebsinfiltrationen; die Haut darüber läfst leichten Fingerdruck bestehen; ob auch Fettanhäufung dabei ist, läfst sich schwer entscheiden. *F. Hahn-Bremen.*

Bakteriologische Untersuchungen in einem Falle von primärer infektiöser Purpura, von Bellei und Boschi. (*Rif. med.* 1899. Bd. 2. No. 7.) Die Untersuchung des Blutes des vierjährigen Kindes ergab das Vorhandensein eines Mikroorganismus, der grofse Ähnlichkeit zeigte einerseits mit dem Staphylococcus cereo-albus von Passeh und andererseits mit dem Micrococcus candicans von Fluegge, ohne jedoch, dafs man ihn mit diesen beiden identifizieren könnte. Der 1—1,2 μ grofse Pilz präsentiert sich in den Kulturen in Form von Diplokokken, hie und da von Staphylo-, niemals aber von Streptokokken. Die Elemente erscheinen beweglich und viel gröfser in Fucus denn in Agar oder besonders in Gelatine. *C. Müller-Genf.*

Morbus maculosus Werlhofii, von Goldenberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 26.) Verfasser schildert einen langandauernden Fall von Morbus maculosus, beginnend mit dyspeptischen Erscheinungen, im weiteren Verlaufe rheumatische Schmerzen in den Muskeln und Gelenkschwellungen, daneben Hautpetechien und Darmblutungen. Als seltene Komplikation sei eine akute Nephritis erwähnt, die bei dem Kranken trotz scheinbarer Erholung hinterblieb. *F. Hahn-Bremen.*

Traumatische Entzündungen.

Die Wirkung der Primula obconica auf die Haut, von E. A. Barton. (*Lancet.* 24. Juni 1899.) Ein Gärtner kam, nachdem er ca. acht Tage zuvor mit Pflanzen dieser Art zu thun gehabt hatte, zur Aufnahme mit intensivem Odem der Augenlider (er hatte die Gewohnheit, sich häufig bei der Arbeit die Augen zu wischen) und einer starken Dermatitis der Hände in Gestalt zunächst von Papeln, welche bald konfluierten, und einer reichlichen Entwickelung von Bläschen. Auch der Penis war lebhaft beteiligt. Der Juckreiz wurde als fast unerträglich geklagt. Heilung erfolgte erst in etwa zehn Tagen. B. untersuchte die Blätter und fand daran Härchen mit feiner hornartiger Spitze und an einigen transversale Striche oder Einrisse. Er glaubt, dafs die Wirkungsweise darin bestehen dürfte, dafs diese Spitzen sich in die Haut eindrücken und dann abbrechend als Reizmittel weiter wirken. *Philippi-Itzehoe.*

Über die Wirkungen der Primula obconica auf die Haut, von R. Kirk. (*Lancet.* 17. Juni 1899.) Nach sehr vielen vergeblichen Versuchen an sich selbst sowie an anderen Personen durch Verreiben der Blätter und Blüten der Primula obconica auf der unverletzten sowie auf der erodierten Haut eine Dermatitis zu erzeugen, gelang es K. schliefslich einen positiven Erfolg zu erzielen, indem er auf eine skarifizierte Stelle die Blüten einrieb und sie dann mittelst Heftpflasterstreifen die Nacht über darauf festhielt. Es entwickelte sich am folgenden Tage eine mäfsige Rötung in Gestalt von kleinen Punkten, welche allmählich verschmolzen, und namentlich von einigen kleinen serumhaltigen Bläschen. Die Affektion hielt etwa zehn Tage lang an. Bemerkenswert ist es, dafs die Läsionen eine ganz ähnliche Beschaffenheit, wenn auch weit geringere Intensität zeigten, wie die Dermatitis bei einer Myxödemkranken, über welche K. bei früherer Gelegenheit (*Lancet.* 4. März 1899) berichtet hat. Dafs bei dieser Patientin die Pflanze wirklich die Materia peccans abgab, überzeugte sich Verfasser durch persönliche Beobachtung, indem Patientin in seiner Gegenwart wenige Sekunden lang die Innenfläche ihres Armes mit den Blüten resp. den Blättern leicht einrieb, worauf am folgenden Tage unter nicht ganz geringen subjektiven Beschwerden Entzündung mit Bläschenbildung an den betreffenden Stellen erfolgte. Verfasser erwähnt noch speziell, dafs die Applikation von Thyreoidextrakt auf seine Läsionen ihm sehr nützlich gewesen zu sein schien. *Philippi-Itzehoe.*

Atypische, schlecht charakterisierte Impferuptionen, von Casteret. (*Presse méd.* 24. Juni 1899.) Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Neben der tynischen Impfpustel und der ganz abortiven Form giebt es zweifelhafte Impferuptionen mit geringer Entzündung der umgebenden Hautpartien, die am fünften oder sechsten Tage bersten und dann im Centrum von einer bläulichen Kruste gekrönt werden. Diese schlecht charakterisierten „Impfpusteln" sind ebenfalls abortive Formen; das betreffende Individuum ist wenig empfänglich, wird aber durch diese Impferuption ebenfalls völlig immunisiert, da eine neue Impfung noch drei Monate später ohne Erfolg bleibt. Die Einimpfung solcher zweifelhafter Pusteln aufs Kalb erzeugt daselbst typische Vaccine, aber retardierter Form. Überimpfung letzterer auf ein zweites Kalb bringt dann völlig virulente Lymphe zu Tage, und Rückimpfungen auf den Menschen erzeugen schöne Impfpusteln. *E. Hopf-Dresden.*

Schweres Jod- und Bromexanthem, von Malherbe-Nantes. (*Presse méd.* 24. Mai 1899.) Verfasser berichtet über je einen Fall von konfluierendem Brom- und Jodexanthem typischer Art, wie es so grofse Ähnlichkeiten mit kapillären ulcerösen Syphyliden darbietet. Im ersten Fall handelt es sich um ein 21jähriges Fräulein,

das Bromsalze gegen seine epileptischen Anfälle verordnet erhielt und die vorgeschriebenen Dosen monatelang willkürlich vergrößerte. Der zweite Fall betrifft einen 45jährigen Kranken, der gegen Asthma mit Jodkalium behandelt worden war. In beiden Fällen Syphilis absolut geleugnet. Auch sonst keinerlei Zeichen dafür zu finden. Wohl aber konnte Verfasser am übrigen Körper verstreute Brom- beziehentlich Jodakne konstatieren, bei dem männlichen Kranken auch noch zahlreiche Narben, die, wie Patient angiebt, nach Knötchen zurückblieben, welche eine frühere Jodkaliumkur erzeugt habe. Besserung trat sofort nach Entziehung des Broms beziehentlich Jods ein. Im ersten Fall aufserdem therapeutische Darreichung von Arsenik, Borsäurestreupulver und Umschläge mit Malvenabkochungen. Im zweiten Fall Borwasserumschläge und Zinkoxyd-Salolsalbe mit Milchdiät. *E. Hopf-Dresden.*

Über Anwendung und Wirkung des Aristol bei Brandwunden und Verbrennungen, von Roelig-Nürnberg. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1899. No. 56.) Verfasser beschreibt fünf Fälle von Verbrennungen, bei denen Aristol als 10%ige Salbe resp. als Pulver angewandt, sich durch seine schmerzlindernde Wirkung und seine rasche Granulations- und Narbenbildung auszeichnete. *A. Strauſs-Barmen.*

Zur Behandlung von Verbrennungen und Brandwunden, von F. E. Müller-Lübeck. (*Ärztl. Rundschau.* 27. Mai 1899.) Verfasser trägt bei Brandwunden und Verbrennungen das reine Ichthyol messerrückendick auf und streut Talkpuder darauf. Darüber kommt Verbandwatte und weiche Binde. Nach 10—30 Minuten hört das zuerst entstehende Brennen auf. Erster Verbandwechsel erst nach 3—5 Tagen. Dann ist die Verbrennung ersten und zweiten Grades in der Regel verheilt. Bei Wunden dritten Grades, matschen, gallertigen Blasen und nekrotischem Gewebe ist vorher mechanische Säuberung nötig. Neuerdings verwendet nun Müller, da sich der reine Ichthyolverband schwer, wenigstens nur unter Schmerzen, ablösen läfst in Fällen, wo die Heilung voraussichtlich nicht gleich unter dem ersten Verband erfolgen wird, Ichthyolvasogenkompressen, die zweimal täglich gewechselt werden, mit ausgezeichnetem Erfolg. Vor dem Ichthyol selbst hat dieses Präparat noch den Vorzug des billigeren Preises. Wieder eine neue Anwendungsform der so brauchbaren Vasogene.
E. Hopf-Dresden.

Über das Erythema solare, klinischer Vortrag von Kaposi. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1899. No. 21.) Die Symptome bei dieser Dermatose sind ungefähr dieselben wie beim Ekzem, mit dem Unterschiede, dafs beim Erythem die Blasen, wenn es bis zur Entstehung solcher kommt, nicht so grofs sind wie beim Ekzem, weil es sich nicht um einen eigentlichen entzündlichen Prozefs handelt. Kommt es aber zur Ausbildung von Blasen so ist der Verlauf bei beiden Affektionen derselbe. Zuweilen bilden sich infolge der starken Transsudation von roten Blutkörperchen eigentliche Hauthämorrhagien, wie bei der Purpura und dem Skorbut. Im allgemeinen gesprochen kann sich das Erythem unter den verschiedensten und zahlreichsten Gestalten zeigen. K. teilt einen Fall mit, der einen Mann betrifft, der wegen rheumatischer Schmerzen die „Sonnentherapie" angewendet hatte. Acht Tage lang, während je vier Stunden, setzte er seine Glieder den Sonnenstrahlen aus. Am Abend waren jeweilen die Schmerzen vollständig verschwunden. Am achten Tage sah er, dafs seine unteren Extremitäten heftig gerötet und zum Teil mit Blasen bedeckt waren, die eitriges Serum enthielten. Auf den Knien hatten sich hämorrhagische Flecken ausgebildet; aufserdem konstatierte man nervöse Störungen. *C. Müller-Genf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 11. 1. Dezember 1899.

(Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.)

Ist es unwissenschaftlich, die Bezeichnungen „elastisches" Bindegewebe und „Elastin" beizubehalten?

Von

Dr. Honkamp-Berlin.

In seiner Schrift „Über die elastischen Eigenschaften des elastischen Bindegewebes, des fibrillären Bindegewebes und der glatten Muskulatur" (Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1898) erklärt H. Triepel es als eine Aufgabe der allgemeinen Anatomie, sich viel mehr als dies bisher der Fall gewesen sei, mit den physikalischen Eigenschaften der Gewebe zu beschäftigen.[1] Er wendet seine Aufmerksamkeit vor allem dem elastischen Bindegewebe zu, dessen Name schon darauf hinweise, dafs seine Bedeutung in erster Linie auf physikalischem Gebiete zu suchen sei und vergleicht die elastischen Eigenschaften desselben mit denen des fibrillären Bindegewebes und der glatten Muskulatur. Triepel geht von der Ansicht aus, ein Körper sei umso „elastischer", je gröfser die Kräfte seien, die auf Rückordnung seiner elastischen Formveränderungen hinwirken oder, anders ausgedrückt, je gröfsere Kräfte dazu gehören, um elastische Formveränderungen bei ihm hervorzubringen. Um eine Stange Stahl durch Zug auszudehnen, dafs sie nach Aufhören des Zuges ihre ursprüngliche Form wieder annimmt, bedarf es gröfserer Zugkräfte als nötig sind, um eine gleich grofse Stange Kautschuk um eine gleiche Strecke auszudehnen. Stahl ist also nach Triepel elastischer als Kautschuk. Wie Stahl, so sind aus dem gleichen Grunde Knochen, Glas und Siegellack beispielsweise elastischer als Kautschuk. Das Mafs der elastischen Kräfte, der

[1] Wenn Triepel hier Klage erhebt gegen die Vernachlässigung physikalischer Untersuchungen durch die Anatomen, so mag er Recht haben in Bezug auf die letzten 50 Jahre, in denen allerdings die zahllosen neuen Fragen, welche Mikroskopie, Bakteriologie, Chemie unserer Wissenschaft stellten, naturgemäfs die Kräfte der besten Forscher absorbieren mufsten; er hat indefs nicht Recht in Bezug auf die vorhergehende Zeit, die gerade in der Anwendung physikalischer Gesetze auf Gewebe und Funktionen unseres Organismus ihre vornehmste Aufgabe erblickte und vielfach zu einwandsfreien Ergebnissen gelangt ist, die ja auch von Triepel gerne citiert werden.

Elasticitätsmodulus, ist nun beim elastischen Bindegewebe kleiner wie beim fibrillären Bindegewebe und gröfser, wie bei den glatten Muskelfasern, was TRIEPEL durch sehr dankenswerte Versuchsreihen feststellt. Da TRIEPEL die Elasticität eines Körpers lediglich nach dem Elasticitätsmodulus mifst, so kommt er zu dem Resultat, dafs das sogenannte elastische Bindegewebe das Beiwort „elastisch" eigentlich weniger verdiene wie das fibrilläre Bindegewebe oder andere Gewebsarten mit gröfserem Elasticitätsmodulus, z. B. Knochen. Jene Auffassung, führt TRIEPEL weiter aus, Körper umso elastischer zu nennen, je gröfser die elastischen Deformationen durch bestimmte Kräfte seien, sei „laienhaft" und für den Wissenschaftler prinzipiell unstatthaft. Leider habe sich das Beiwort „elastisch" für jene bestimmte Modifikation des Bindegewebes zu sehr eingebürgert, als dafs man es ausmerzen könne.

In einer zweiten Schrift „Über gelbes Bindegewebe" (*Anat. Anz.* No. 16, Bd. XV, 1898/99. Gustav Fischer, Jena) wiederholt TRIEPEL im wesentlichen seine Gründe gegen die Bezeichnung „elastisches" Bindegewebe. Im Sinne der wissenschaftlichen Auffassung sei das elastische Gewebe im Vergleich zu anderen Gewebsformen verhältnismäfsig wenig elastisch, weil es nur einen mittelgrofsen Elasticitätsmodulus habe. Aber auch im Sinne der Laien, welche die Elasticität eines Körpers nur nach der Ausgiebigkeit der elastischen Formveränderungen zu messen pflegten, sei der Name „elastisches" Bindegewebe zu beanstanden, weil es Gewebe im menschlichen Körper gebe, wie die quergestreiften und besonders die glatten Muskeln, welche „im Leben" eine „gröfsere" „Dehnbarkeit" besitzen als die elastischen Bindegewebe. Die Nackenbänder der grofsen Säugetiere oder gar die Ligamenta intercruralia der Wirbelsäule zeigten im Leben nur eine geringe Längenveränderung, jedenfalls aber eine viel geringere wie andere Gewebe im Körper. Auch im engeren Kreise der Bindegewebsarten zeichne sich das „elastische" keineswegs durch die gröfste Elasticität aus. Die Grundsubstanz des Gallertgewebes nämlich zeige eine geringere Widerstandsfähigkeit,[2] habe also im Sinne der Laien eine gröfsere Elasticität. Aufserdem sei der Laienbegriff nicht einmal etwas feststehendes. Wenn man mehrere Laien frage, was sie für elastischer halten, ob Elfenbein oder Kautschuk, so würden sie verschiedene Antworten geben. Als besten Ersatz für den zu eliminierenden Namen empfiehlt er die Bezeichnung „gelbes Bindegewebe".

Auf diese Ausführungen antwortete HIS („Über Elasticität und elastisches Gewebe", *Anat. Anz.* Bd. XV, Heft 19, 20): „nicht die Gröfse des

---

[2] Genauer und richtiger hätte TRIEPEL hier das Wort „elastischer Widerstand" oder „Elasticitätsmodulus" gebraucht, denn „Widerstandsfähigkeit" bezieht sich auch auf die Kohäsion eines Körpers, nicht nur auf die hier nach TRIEPEL in Vergleich zu ziehende Elasticität.

Elasticitätsmodulus allein komme bei Beurteilung der mechanischen Eigenschaften in Betracht, sondern nicht minder die Vollkommenheit der Elasticität und die Breite seiner Elasticitätsgrenzen. Der Elasticitätsmodulus allein sage über letztere nichts aus. Das, was das elastische Gewebe zu leisten habe, leiste es durch seine Elasticität, und diese sei bei ihm charakterisiert nicht durch einen mittelgrofsen Elasticitätsmodulus, sondern aufserdem durch ausgiebige elastische Formveränderungen und durch eine grofse elastische Vollkommenheit. Die von TRIEPEL vorgeschlagene Bezeichnung „gelb" statt „elastisch" erscheint ihm in Bezug auf die elastischen Fasern nicht einwandfrei, weil dünne Fasern nicht gelb sind.

Da nun H. TRIEPEL in seiner Erwiderung „Elastisches Gewebe und gelbes Bindegewebe" (*Anat. Anz.* Bd. XV, Heft 23) zugesteht, dafs man korrekterweise „von einem Gewebe mit auffallend grofser Elasticitätsbreite" sprechen müsse oder könne, so würde man sich stillschweigend den Ausführungen von HIS anschliefsen, das alte Wort weiter gebrauchen und die Angelegenheit als erledigt betrachten, wenn nicht H. TRIEPEL zum Schlusse seiner letzterwähnten Entgegnung trotz allem ausdrücklich darauf beharrte, der Name elastisches Gewebe müsse fallen und mit ihm der Name „Elastin".

Es besteht, wie auch TRIEPEL erwähnt, eine grofse Uneinigkeit in der Auffassung der Eigenschaft Elasticität nicht nur zwischen Laien und Physikern, sondern auch unter den Physikern selbst. Die physikalischen Lehrbücher bringen die verschiedensten Definitionen. Diese unterscheiden sich dadurch, dafs sie mehr oder weniger aufser den elastischen Kräften die elastischen Formveränderungen und das Verhalten des Körpers nach Aufhören des Zwangszustandes berücksichtigen. Je mehr man erkannte, dafs elastische Breite und elastische Vollkommenheit variable durch Zeit und Gewichtshöhe abhängige Gröfsen sind, umsomehr suchte man den Begriff der elastischen Kraft, deren Mafs ja der Elasticitätsmodulus ist, allein zur Definition heranzuziehen. AUERBACH, auf den sich TRIEPEL bezieht, definiert Elasticität als „die in einem Körper durch einen Zwang wachgerufene innere Kraft". Er beschränkt die Definition dadurch auf das Verhalten während des Zwangszustandes. Er empfiehlt die Einführung dieser Definition als eine einheitliche für die wissenschaftliche Welt wegen ihrer Einfachheit und elementaren Natur aus rein praktischen Gründen. Den Begriffen „elastische Vollkommenheit" und „elastische Breite" mufs er dadurch gerecht werden, dafs er in besonderen Ausführungen ihre Beziehungen zu der von ihm empfohlenen Definition genau erörtert.

Unwissenschaftlich ist deswegen eine Definition noch lange nicht, weil sie mehr auf die Veränderungen der elastischen Körper Rücksicht

nimmt. Gerade die Körper mit grofser elastischer Breite, bei denen die elastischen Eigenschaften augenfällig werden, sind es ja, durch welche die Wissenschaft zuerst auf die Erforschung der Elasticität und die Bestimmung der elastischen Kräfte hingelenkt worden ist. Und wie es immer noch Physiker giebt, die der elastischen Breite und dem Elasticitätscoeficienten bei ihren vergleichenden Untersuchungen über die elastischen Eigenschaften der Körper den Vorzug geben, ohne den Begriff der elastischen Kraft aufser Acht zu lassen, so wird die Bezeichnung „elastisches Bindegewebe" auch nicht die Biologen und Anatomen in einer vorurteilsfreien Untersuchung der physikalischen Eigenschaften dieses Gewebes hindern, wie TRIEPEL es befürchtet. Für die Physiker ist es schon deshalb viel wichtiger, bei Untersuchungen über die elastischen Eigenschaften der Körper in erster Linie den elastischen Widerstand (= Elasticitätsmodulus) heranzuziehen, weil die meisten Körper wohl einen grofsen elastischen Widerstand, aber keine grofse Elasticitätsbreite zeigen. Die meist nur sehr geringen Formveränderungen sind natürlich viel schwieriger zu messen und zu vergleichen und deshalb ungenauer, als die nach grofsen Zahlen rechnenden elastischen Kräfte. Es sind nur wenige Körper, die sich durch eine grofse Elasticitätsbreite auszeichnen. Das elastische Bindegewebe gehört zu diesen. Seine hervorstechendste Eigenschaft ist zweifellos seine elastische Breite, und deshalb ist es nicht nur entschuldbar, sondern sogar direkt ratsam für uns, denjenigen Physikern uns anzuschliefsen, deren Definition von Elasticität die elastische Breite in den Vordergrund rückt.

Wenn TRIEPEL einen Körper „elastischer" nennt nur deswegen, weil sein Elasticitätsmodulus ein gröfserer ist als der eines anderen Körpers, so fällt er in einen analogen Fehler, den er mit AUERBACH dem Laien vorwirft, welcher etwas besonders elastisch nenne, weil er eine grofse elastische Breite habe. Man kann nicht einfach sagen, ein Körper ist elastischer als der andere. Man kann sagen, er zeigt ein gröfseres Elasticitätsmafs oder einen gröfseren elastischen Widerstand bei gleichen Formveränderungen etwa bei Verlängerung um eine gleiche Strecke. Man kann andererseits sagen, bei gleicher Gewichtszulage zeigt der eine Körper eine gröfsere Elasticitätsbreite bei seiner Streckung als der andere. Wenn man also im wissenschaftlichen Sinne sagt, Glas ist „elastischer" als beispielsweise Elfenbein, so meint man damit, dafs eine gröfsere Kraft dazu gehört, um ein Stück Glas genau in gleicher Weise um dieselbe Strecke zu deformieren, wie ein gleichgestaltiges Stück Elfenbein, ohne dafs beide nach Aufhören der deformierenden Kraft ihre ursprüngliche Gestalt („natürliche Form") verlieren. Es ist notwendig, ausdrücklich zu bemerken, dafs man auch die Elasticitätsbreite in Vergleich zieht. Unterläfst man es, dies ausdrücklich hinzuzusetzen oder läfst man Zweifel offen, ob man

es hinzudenkt, so macht man sich eines Fehlers schuldig, wie ihn jemand macht, der zwei Rechtecke nach ihrem Flächeninhalt miteinander vergleichen will, aber nur die Höhe oder nur die Breite mifst und darnach allein bestimmen will, der eine Körper habe eine gröfsere Fläche als der andere. Schon aus diesem Grunde ist eine Frage, wie TRIEPEL sie (pag. 303) an Laien stellt, ob Kautschuk oder Elfenbein „elastisch" sei, unklar. Da sie sich aufserdem noch auf zwei Körper bezieht, deren hauptsächliche im praktischen Leben zumeist ersichtliche Formveränderungen (Zugelasticität und Druck) zeigen, so charakterisiert sie sich als Vexierfrage.[3] Solche Körper sind absolut disparat.

In seinen physikalischen Erläuterungen (Über die elastischen Eigenschaften etc., pag. 6—10) erwähnt TRIEPEL der Beziehungen zwischen Elasticitätsgröfse und Elasticitätsbreite mit keinem Wort. Auf die Ausführungen von HIS, bei Beurteilung der mechanischen Eigenschaften von Gewebe seien aufser dem Elasticitätsmodulus die Begriffe der Vollkommenheit der Elasticität, der Elasticitätsgrenze und der Elasticitätsbreite von wesentlicher Bedeutung, entgegnet TRIEPEL: „er habe das nie in Abrede gestellt." Gewifs nicht, denn er hat sie überhaupt nicht in Betracht gezogen, als er die physikalischen Begriffe erläuterte. Zum Beweise, dafs auch er die Bedeutung dieser Begriffe genügend gewürdigt habe, führt er dann eine Stelle an, in der er die Würdigung der elastischen Formveränderung und der elastischen Vollkommenheit als Laienauffassung bezeichnet (vergl. *Anat. Anz.* Bd. XV, pag. 301/302 und pag. 489). Heifst das vielleicht, die Bedeutung dieser Begriffe „nicht in Abrede stellen", wenn er im nächsten Satze behauptet, das, was der Laie allen in Betracht ziehe, sei der Begriff „Dehnbarkeit" und der Laie identifiziere „Dehnbarkeit" und „Elasticität", die in wissenschaftlichem Sinne einander gerade entgegengesetzt seien.

Das elastische Bindegewebe verdient seinen Beinamen deswegen, weil es in überaus glücklicher und zweckmäfsiger Weise eine mittlere Elasticitätsgröfse, eine grofse Elasticitätsbreite und grofse elastische Vollkommenheit in sich vereinigt. In ähnlicher Weise vereinigt auch beispielsweise Kautschuk diese elastischen Eigenschaften in sich, weshalb man ihm den Namen „Gummi elasticum" gegeben hat. Wir haben allerdings im Körper Gewebe mit einem gröfseren Elasticitätsmodulus, wie das elastische Bindegewebe. Haare und Knochen haben, wirklich, wie TRIEPEL bemerkt, einen viel gröfseren Zugelasticitätsmodulus, aber sie haben sicherlich nicht eine so grofse Elasticitätsbreite. Der Knochen ist elastisch nur innerhalb seiner engen Elasticitätsgrenzen. Ein Stück Knochen kann bis zur

[3] Bei Kautschuk denkt man vorzugsweise an Zugelasticität, bei Elfenbein an Druckelasticität und Biegungselasticität.

Elasticitätsgrenze nur um einen geringen Prozentsatz seiner Länge gestreckt werden, ohne nach Aufhören des Zwanges seine ursprüngliche Gestalt verloren zu haben. Verlängert man ein gleich grofses Stück elastischen Bindegewebes um dieselbe Strecke, so genügt dazu eine ungleich kleinere Kraft: der Elasticitätsmodulus ist also beim Knochen zweifellos gröfser als beim elastischen Bindegewebe. Diese enge Grenze darf man aber nicht überschreiten, ohne den Knochen dauernd zu verändern, während bei dem gleich grofsen Stücke elastischen Bindegewebes noch viel weitere Streckungen ohne Verlust der „natürlichen Form" möglich sind. Mit jeder weiteren Streckung wächst sogar nach TRIEPEL der Modulus, bis er bei der sehr weit liegenden Grenze am gröfsten wird. Der Knochen ist mit seiner grofsen, aber eng begrenzten Elasticität kräftigen und kleinen Deformationsbestrebungen gewachsen; das elastische Bindegewebe dagegen kann sich schon bei geringer verändernder Kraft weit ausdehnen, bei starker Kraft, die nur wirkt bis zu den Grenzen seiner Elasticität, zerreifst es auch noch nicht, sondern erst bei einer über die Grenzen hinaus wirkenden starken Kraft (so bei den striae gravidarum). Die Eigentümlichkeit, dafs es, je weiter es ausgedehnt werden soll, umso gröfserer Kraft benötigt, dafs sein Modulus mit der Ausdehnung wächst (TRIEPEL), macht es geeignet, auch seine weitesten Deformationen besonders rasch wieder auszugleichen.

Auf Grund seiner grofsen Elasticitätsbreite ist das elastische Gewebe auch dem Knorpelgewebe an elastischen Leistungen bedeutend überlegen, wenn auch sein Elasticitätsmodulus ein kleinerer ist.

Vor dem Muskelgewebe, welches wegen seiner grofsen Elasticitätsbreite nach TRIEPELS Meinung noch eher ein Anrecht auf das Beiwort „elastisch" hätte, hat es einen gröfseren Elasticitätsmodulus voraus, wie aus den zahlreichen Versuchen TRIEPELS zur Genüge hervorgeht. Übrigens sind bei den Muskeln die Dehnungs- und Verkürzungsnachwirkungen sehr verschieden von sonst in physikalischen Versuchen beobachteten. Die langen, bedeutenden, ungleichmäfsigen, ruckweise vor sich gehenden Nachwirkungen bei Spannung und Rückordnung, die Erscheinung einer Verkürzung der Muskelstreifen auf einen kleineren Umfang als wie sie zu Beginn der Versuche besafsen, lassen die Frage berechtigt erscheinen, ob wir es hier nicht mit vitalen Eigenschaften der Muskeln zu thun haben.

Damit kämen wir nun zu einem neuen Punkte, durch den sich TRIEPEL mit seiner löblichen Aufgabe, in physikalischen Dingen der beschreibenden Anatomie Klarheit zu schaffen, in direkten Widerspruch setzt. In seiner Schrift „Über gelbes Bindegewebe" (*Anat. Anz.* Bd. XV, No. 16, pag. 302) sagt er: „nach dem Verhalten im Leben sollten wir besondere Elasticität bei den Muskeln erwarten, vermissen sie aber." Warum sollten wir sie erwarten? Haben wir etwa ein Recht, zu erwarten, dafs

die Muskeln, weil deren grofse Formveränderung im Leben durch ihre Kontraktilität bewirkt wird, nun nach dem Tode Elasticität zeigen? Triepel scheint da die vitale Eigenschaft der Kontraktilität mit der physikalischen Eigenschaft Elasticität zu verwechseln. — Dafs er das wirklich thut, geht ganz klar aus dem folgenden Satz hervor, in dem er sagt, dafs die Bezeichnung „elastisches Gewebe" nur bei Beobachtung von totem Material erdacht sein könne und aus der Bemerkung (pag. 14, Über die elastischen Eigenschaften etc.), dafs es unser Bestreben sein müsse, die elastischen Eigenschaften der Gewebe des lebenden Tieres kennen zu lernen, und noch aus einigen anderen Stellen. Wollte Triepel denn diese physikalische Eigenschaft am Lebenden beobachten? Es ist doch ganz selbstverständlich, dafs man bei einer rein physikalischen Eigenschaft, wie die Elasticität es ist, erwarten mufs, dafs totes Gewebe die Eigenschaft in gleicher Weise zeigt wie lebendes, vorausgesetzt natürlich, dafs mit dem Tode keine schwere Alteration der Struktur eintritt. Es handelt sich eben um eine rein physikalische Eigenschaft und nicht um eine physiologische Kraftäufserung des Protoplasmas.

Ein gleicher Fehler liegt darin, dafs Triepel (*Anat. Hefte*, Bd. XV, pag. 490) sagt, „wie eben im Lebenden alle Gewebe bei den Beanspruchungen, die unter physiologischen Verhältnissen vorkommen, Vollkommenheit der Elasticität zeigen müssen." Auch die elastische Vollkommenheit fällt in den Bereich der Untersuchungen der physikalischen Eigenschaften und diese können demgemäfs nur an totem Material gemacht werden, wo alle physiologischen Beeinflussungen wegfallen und die physikalischen Eigenschaften allein übrig bleiben. Vom Verhalten im lebenden Organismus kann man niemals sicher auf die physikalischen Eigenschaften schliefsen, da die physikalischen und physiologischen Erscheinungen viel zu komplizierte Verkettungen zeigen, als dafs man ihre Gebiete gegen einander abgrenzen könnte. Für eine exakte Forschung ist es deshalb besser, ganz davon abzusehen und sich auf das physikalische Experiment zu beschränken.

Als Beweis dafür, dafs das elastische Gewebe in hohem Mafse Vollkommenheit der Elasticität zeige, hatte His angeführt (pag. 362 u. 363), dafs die Wandungen der grofsen Arterien die unaufhaltsam wiederkehrenden systolischen Ausweitungen immer von neuem ausgleichen." Es ist die Häufigkeit der elastischen Beanspruchungen, worauf His hier mit Recht hinweist. Triepel bemerkt dazu, dafs die Muskeln der Extremitäten trotz der „offenbar ungleich gröfseren" Dehnungen ebenfalls Vollkommenheit der Elasticität besitzen. Da Triepel die Frage nicht weiter verfolgt, welches Gewebe häufigeren elastischen Dehnungen ausgesetzt ist und als Entgegnung nun einmal die neue Frage angeschnitten hat, welches Gewebe im lebenden Körper „gröfseren Dehnungen" ausgesetzt ist, ob

elastisches Bindegewebe, ob Muskeln, so ist es vielleicht nicht überflüssig, auf die Menschen mit der sogenannten Gummihaut hinzuweisen, deren Rückordnung sich nach den gröfsten Ausweitungen stets tadellos vollzieht. Für die physikalische Untersuchung der elastischen Vollkommenheit liegt eine schwer zu überwindende Schwierigkeit in den Veränderungen, welche die Gewebe bald nach dem Tode erleiden, weil es bei der elastischen Vollkommenheit ja nicht nur auf die Gröfse des Zwanges, sondern auch auf die Länge der Zeit ankommt, in welcher der Zwang wirken mufs, um mefsbare Veränderungen hervorzubringen. Da man aus den Untersuchungen von HODGKINSON und CLARKE schliefsen mufs, dafs jede noch so kleine Beanspruchung der Körper eine bleibende Formveränderung erzeugt, so hinge die experimentelle Festsetzung von Vergleichswerten nur von der Genauigkeit unserer Instrumente ab. Aus H. TRIEPELS Versuchen können wir wenigstens das sehen, dafs das elastische Bindegewebe eine gröfsere Vollkommenheit zeigt als das fibrilläre Bindegewebe, welches nach der Entlastung die ursprüngliche Länge nie wieder erreichte. Das fibrilläre Bindegewebe hat eben zwar einen sehr grofsen Elasticitätsmodulus, ist aber nicht im stande, seine Elasticität in gleicher Höhe und seine natürliche Form beizubehalten; es wird schon durch kurze, noch mehr durch länger dauernde Zwangszustände viel mehr beeinflufst, wie das elastische Bindegewebe, welches keinen Verlust seiner elastischen Vollkommenheit zeigte. Es ist sicher, dafs das fibrilläre Bindegewebe aufserdem nur eine sehr geringe Elasticitätsbreite aufzuweisen hat.

Auch das beweisen die TRIEPELschen Dehnungsversuche in überzeugender Weise. Die Beweisführung durch das physikalische Experiment ist zu gut, als dafs TRIEPEL sie jetzt nachträglich durch eine noch so komplizierte Rechnung erschüttern könnte. Übrigens ist diese Richtung unkontrollierbar, weil TRIEPEL nicht den Weg angiebt, auf dem er zu seinem Resultate gelangt ist.

Wie er „Kontraktilität" und „Elasticität" verwechselt, so verwechselt er pag. 301/302 „elastische Breite" und „Dehnbarkeit". Er sagt dort: „Der Laie schreibt (nach AUERBACH) einem Körper um so gröfsere Elasticität zu, je bedeutender die Formveränderung, bez. bei Dehnung die Verlängerung ist, die er erfahren kann, ohne dafs er die Fähigkeit einbüfst, seine ursprüngliche Gestalt nach Beseitigung der formverändernden Kraft wieder anzunehmen."

Der so charakterisierte Begriff ist die elastische Breite; TRIEPEL aber nennt diesen Begriff „Dehnbarkeit" und macht dem Laien den Vorwurf, er identifiziere „Dehnbarkeit" und „Elasticität", zwei Eigenschaften, „die in wissenschaftlichem Sinne gerade entgegengesetzt sind." Er nennt das später eine „kleine Freiheit", die er sich genommen habe; zu seiner Entschuldigung sagt er, dasselbe habe ED. WEBER gethan, wenn er von „Ausdehnbarkeit" spreche. Der Unterschied ist nur der, dafs „Dehnbar-

keit" ein in der Wissenschaft feststehender, für eine plastische Eigenschaft der Körper längst vergebener Begriff ist, während „Ausdehnbarkeit" nicht vergeben war. Gerade hier, wo von wissenschaftlichen Begriffen die Rede war, mufste TRIEPEL darauf bedacht sein, einen verwirrenden Ausdruck ängstlich zu meiden. „Dehnbarkeit" ist allerdings der Elasticität gerade entgegengesetzt, weil sie sich auf bleibende Gestaltsveränderungen bezieht. Sie ist aber der elastischen „Ausdehnbarkeit" (Elasticitätsbreite) WEBERS gleicherweise entgegengesetzt: wo die „elastische Ausdehnbarkeit" aufhört, da gerade fängt erst das Gebiet der „Dehnbarkeit" an.

Im Anschlufs an die Behauptung, der Laie schreibe denjenigen Körpern einen besonderen Grad von Elasticität zu, die eine bedeutende elastische Formveränderung zeigten, führt TRIEPEL den Gedanken aus, das elastische Bindegewebe zeichne sich vor anderen Geweben keineswegs durch gröfsere „Dehnbarkeit" aus. Das Muskelgewebe z. B. sei im Leben dehnbarer und demnach — laienhaft gesprochen — elastischer. Er will nun noch einen Schritt weiter gehen und beweisen, dafs es auch sogar ein Bindegewebe gebe, welches im Laiensinne eine gröfsere Elasticität habe als das elastische Bindegewebe. Es würde nur folgerichtig sein, wenn er gemäfs seiner Behauptung von der Laienauffassung auch hier die gröfsere „Dehnbarkeit" als Mafs der Elasticität der Laien gelten liefse. Er könnte beispielsweise behaupten, unter dem Bindegewebe habe das Gallertgewebe des Glaskörpers eine gröfsere Dehnbarkeit als das elastische Bindegewebe, es müsse demnach elastischer sein. TRIEPEL thut das nicht. Als Beweis, dafs das Gallertgewebe eine gröfsere Elasticität im Laiensinne habe, führt er nicht, wie oben, die „gröfsere Dehnbarkeit", sondern die „augenscheinliche geringere Widerstandsfähigkeit" desselben an. Es ist hier die „elastische Kraft", die er als Richtschnur der Laienauffassung bezeichnet, im Gegensatz zu seiner früheren Behauptung, wo er als solche die „Formveränderung" angiebt (vergl. pag. 301).

Noch auf eins wäre hinzuweisen. Während TRIEPEL (Über die elastischen Eigenschaften etc., pag. 4) von dem elastischen Bindegewebe spricht als von einer Gewebshaut, die, „wie der Augenschein lehrt, dem lebenden Körper hauptsächlich durch ihre physikalischen Eigenschaften nützt", sagt er im selben Büchlein, pag. 70, „nur ein naiver Beobachter könne behaupten, dafs beim elastischen Bindegewebe die elastischen Eigenschaften mehr als bei anderen Geweben aus der Reihe der Bindesubstanzen auffielen oder gar nützen." Mit dieser „naiven" Behauptung befindet man sich indes in der guten Gesellschaft von HIS, der sagt: „Das, was das elastische Gewebe zu leisten hat, leistet es in der That durch seine Elasticität." Es ist somit aus den angegebenen Gründen trotz TRIEPELS Einspruch nicht gerechtfertigt, die eingeführten guten und sinngemäfsen Bezeichnungen „elastisches" Bindegewebe und „Elastin" fallen zu lassen.

Fall von Urticaria recidiva mit akuten Schüben und Albuminurie.

Von

Dr. Fr. Roth in Frankfurt a. M.

Im April d. J. erkrankte mein $3^1/_4$ Jahre altes Töchterchen, das schon öfters vorher ab und zu einige leichte Quaddeln von Urticaria gezeigt hatte, an einem Hautausschlag, der mit Niedergeschlagenheit und ziemlichem Fieber einherging. Die Hautaffektion hatte viel Ähnlichkeit mit Morbillen, jedoch fehlte völlig die Beteiligung der Augen- und Bronchialschleimhaut. Befallen wurden der Reihe nach Gesicht, Rumpf und Extremitäten. Die einzelnen Effloreszenzen blafsten schnell ab, so dafs nach drei Tagen an keiner Stelle mehr etwas von der Affektion zu sehen war. Nur sah man zeitweilig hie und da noch einige echte Quaddeln von Urticaria, wie sie auch vorher schon ab und zu zu konstatieren waren. Juckreiz war vorhanden, aber mäfsig. Es hatte sich schon gleichzeitig mit dem Auftreten der Affektion im Gesicht eine ziemlich starke Schwellung der Augenlider gezeigt, bald der oberen, bald der unteren, bald rechts, bald mehr links, meistens im Verlauf von einem halben Tag bis zu einigen Stunden in dieser Weise wechselnd. Der frisch gelassene Urin wurde täglich wolkiger und enthielt massenhafte Schleimfäden. Harnmenge verringert. Der Urin zeigte einen nicht unbeträchtlichen Eiweifsgehalt, sowie anscheinend Bruchstücke von granulierten Cylindern, jedoch keine sicheren Präparate von solchen. Auf Milchdiät, Bettruhe und Gebrauch von Wildunger Wasser verlor der Urin in fünf bis sechs Tagen seinen Schleimgehalt, und in acht Tagen war auch von Eiweifs keine Spur mehr nachzuweisen. Das Allgemeinbefinden war vom zweiten Tage des akuten Hautausschlages ab ein recht gutes; nur bestand leichte Verstopfung. In vierzehn Tagen hatte sich das Kind vollständig erholt.

Schon damals war mir der Verlauf der Erkrankung und die ganze Art des Auftretens auffallend.

Am 16. September d. J. trat plötzlich, nachdem sich das Kind schon zwei Tage vorher nicht recht wohl gefühlt hatte, wobei auch leichter Durchfall bestand und es sich mehrmals heftig im Gesicht am Körper kratzte, wieder eine leichte Schwellung der Augenlider auf, die bald rechtes, bald linkes, bald oberes, bald unteres Lid befiel und rasch, in Viertelstunden, wechselte. Der Urin ist etwas an Menge verringert, jedoch nur kaum merklich getrübt. Die Kochprobe auf Eiweifs zeigt leichte Opalescenz. Temperatur und Pulsfrequenz ein wenig gesteigert.

An Händen und Fufsknöcheln ist ebensowenig wie im Frühjahr eine Anschwellung bemerkbar.

Neben dieser Lidschwellung, die genau das Aussehen einer Nephritisschwellung zeigte, traten nun sofort am ersten Tage rote Flecke in grofser Anzahl im Gesicht, am Rumpf und den Extremitäten auf, gar nicht oder nur äufserst wenig über die umliegende Haut erhaben, von 5 Pfennig- bis 5 Markstückgröfse, mit unregelmäfsigen Rändern und sehr heifs beim Befühlen. Zunächst erinnerte das Bild wieder an konfluierte Masernflecke. Jedoch sah man hie und da, besonders, wenn ein stärkerer Reiz, wie z. B. Kratzen, auf die Stellen eingewirkt hatte, dicke Quaddeln von echter Urticaria an diesen Stellen aufschiefsen und nach 1—2 Minuten wieder verschwinden. Therapie: Bettruhe, Milchdiät, Biliner Sauerbrunnen.

17. September. Das Kind erhielt heute ein lauwarmes Bad von 28°, das auf 30° erhöht wurde. Intern noch Biliner Wasser, Milch. Auf das Bad warme Einwickelung in wollene Decken, was reichliche Schweifssekretion zur Folge hatte. Die Augenlidschwellung ist kaum noch merklich. Urinmenge trotz des Schweifses vermehrt, Urticariaquaddeln seltener, Appetit auf Milch ziemlich; trinkt öfters.

18. September. Urin völlig eiweifsfrei. Quantität sehr reichlich; Farbe blafs; viel Phosphate. Quaddeln seltener, meist erythemartig, rasch verschwindend. Haut feucht. Jucken sehr gering. Biliner Wasser.

In den folgenden Wochen war die Bildung gröfserer und kleinerer, fast nicht erhabener, schnellvergänglicher Erythemflecke im Gesicht noch öfters zu bemerken. An Rumpf und Extremitäten, besonders den Händen, sind die Quaddeln selten, jedoch mehr ausgeprägt, erhaben, nicht erythemartig. Jucken nicht mehr nennenswert, selbst nicht an den soeben erwähnten ausgeprägten Quaddeln. Die Erythemflecke machten sich besonders noch dem Waschen im Gesicht und an den Händen bemerkbar. Sie sind deshalb unstreitig als Reizphänomen von ganz stumpf und mäfsig stark einwirkendem Druck oder Reiben auf der Haut aufzufassen, wie auch schon der Rand der Tasse beim Trinken sich scharf rot auf den Wangen abzeichnet. Durch eine spitziger einwirkende Gewalt, z. B. beim Kratzen oder beim Kämmen, zeigen sich auf den betreffenden Stellen, besonders in letzterem Fall, auf der Stirn dick auflaufende Quaddeln, an denen die parallele Kratzwirkung der Kammzinken deutlich sichtbar ist.

Im übrigen ist das Kind jetzt durchaus munter, ifst und trinkt in normaler Weise. Stuhlgang, Urinabsonderung, Schlaf, alles ist in Ordnung.

War mir der Verlauf der Erkrankung im April, wie schon erwähnt, bereits aufgefallen, so mufste das neuerliche Auftreten der masernartigen Flecke in Verbindung mit der Albuminurie und den rasch wechselnden Lidödemen mir zu denken geben. Augenscheinlich hatte das Urticariagift oder die Noxe, die die Urticaria verursacht hatte, auch die Reizung des

Nierenparenchyms bewirkt. Sicher ist die Frühjahrserkrankung, bei der typische Quaddeln allerdings fehlten, ebenfalls als akuter Urticariaschub zu betrachten. Gegen Masern spricht in diesem Fall auch das völlige Fehlen der charakteristischen Schleimhauterkrankungen, die bei dem starken Ergriffensein der Haut sicher nicht gefehlt hätten, falls Masern vorgelegen hätten. Als für Masern sprechend mufs ich jedoch den Umstand anführen, dafs meine beiden anderen Kinder, Knaben von 1 resp. 5 Jahren, damals auch klagten, der jüngere mit dem Ausschlag ganz übersäet war, ohne Schleimhautbeteiligung, jedoch leichter Schwellung der Lider, der ältere jedoch ohne jeden Ausschlag, mit Schwellung der Lider und leichter Albuminurie. Ich habe jedenfalls den Eindruck, dafs es sich hier nicht um Masern, sondern um einen akuten Schub von Urticaria handelte, vielleicht eine besondere Form derselben, hervorgerufen durch eine Schädlichkeit, die gleichzeitig die drei sonst durchaus gesunden Kinder beeinflufste, die alle schon vorher ab und zu typische Urticariaquaddeln gezeigt hatten. Da im April d. J. bei dem Mädchen Verstopfung, im September Durchfall bestand, so liegt es nahe an eine Einwirkung der Noxa vom Darm aus zu denken.

Die Schwellung der Augenlider, die bei dem Mädchen am ausgeprägtesten bestand, durfte bei der Aprilerkrankung desselben wohl durch die nicht unbeträchtliche Albuminurie beeinflufst gewesen sein; dafür spricht die gröfsere Hartnäckigkeit der Schwellung. Die mehr labile Form dieses Ödems bei der Septembererkrankung des Mädchens ist vielleicht ebenfalls etwas durch die geringe Albuminurie beeinflufst gewesen, jedoch spricht ihr rasches Entstehen und Vergehen in Verbindung mit den echten Urticariaquaddeln und den Erythemen der Umgebung der Lider mehr für ein durch die lokalen Gefäfsreizungen und Cirkulationsstörungen bedingtes Ödem.

Fall von Gonorrhoe bei einem zwölfjährigen Knaben.

Von

Dr. Fr. Roth in Frankfurt a. M.

O. M., 12 Jahre alt, Arbeiterskind, kam am 15. September 1899 wegen einer Schwellung der Vorhaut und eines angeblich eitrigen Ausflusses aus der Harnröhre in meine Behandlung. Durch Umschläge mit 3% Liq. Alum. acet.-Lösung ging die Schwellung und Rötung der Vorhaut in zwei Tagen soweit zurück, dafs ich etwas Eiter direkt aus der Harnröhre entnehmen und diesen mikroskopisch untersuchen konnte. Derselbe zeigte zahlreiche Eiterkörperchen, einige Epithelien und massenhaft Gonokokkenhäufchen. Der Vater des Patienten giebt an, dafs der Junge

vor zwei Monaten über Schmerzen beim Urinlassen klagte und eitrigen Ausfluſs aus der Harnröhre zeigte. Er ging 2—3 mal zum Arzt, der Einspritzungen, wahrscheinlich mit Kalium permang.-Lösung machen lieſs, später mit einer „hellen Flüssigkeit, die stark brannte." Patient spritzte dann auf eigene Faust noch circa sechs Wochen. Die Beschwerden und der Urinbefund deuten auf Beteiligung der Pars anterior, Pars posterior und der Blase. Über das Zustandekommen der Infektion war absolut nichts zu erfahren. Der Vater des Patienten zog es vor, da häusliche Pflege fehlte, den Knaben in ein Krankenhaus zu legen.

Aus der Praxis.

Dintenbäder und Dintenumschläge.

Von

Dr. Leo Leistikow.

Unna hat vor etwa zehn Jahren, veranlaſst durch die relativ geringe Wirksamkeit der einfachen Gerbsäurepräparate auf die gesunde Hornschicht, das gerbsaure Eisenoxydul (Dinte) in die Hauttherapie eingeführt, bisher aber nur gelegentlich an verschiedenen Orten dieser Methode Erwähnung gethan. Wo immer es sich darum handelte, auf die gesamte Haut bei empfindlichen Personen einen rasch wirkenden, gerbenden Effekt auszuüben (universelle Ekzeme, Dermatitis exfoliativa, Pemphigus, Mykosis fungoides u. s. f.), wandte Unna die Dintenbäder an Stelle anderer medikamentöser Bäder an, und, wovon auch ich mich oft überzeugt habe, mit gutem Erfolge. Insbesondere haben diese Bäder eine sehr nützliche Nebenwirkung auf die Hautnerven, nämlich eine beruhigende, unter Umständen auch juckstillende. Die Differenz in der Gerbung des Eiweiſses durch Tannin allein und durch Tannin unter Mitwirkung von Eisensulfat hat Unna in seiner allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten (Wien, Urban & Schwarzenberg) durch einen Versuch im Reagierglase erläutert (pag. 828). „Zu einer stark verdünnten Eiweiſslösung giebt man ein paar Tropfen einer dünnen, etwa 1%igen Tanninlösung, die in Form einer weiſslichen Trübung sich langsam niedersenken. Tropft man nun einen Tropfen einer stark verdünnten Lösung von Eisensulfat hinterher, so färbt er den bereits bestehenden Niederschlag von Tannineiweiſs, sobald er ihn im Niedersinken erreicht, dintenschwarz; dann aber beginnen die schwarzen Wölkchen sich alsbald von neuem zu vergröſsern und häutchenartig zu verdichten, d. h. eine verdünnte Tanninlösung gewinnt erst durch Zusatz

von Eisensulfat die Fähigkeit der Membranbildung.“ Diese Erfahrungen veranlafsten mich neuerdings die Dinte bei verschiedenen umschriebenen entzündlichen Prozessen in Form von lokalen Bädern und Umschlägen zu verwenden.

In jedem Falle werden die beiden Lösungen (Tannin und Ferr. sulfuric. pur.) getrennt verschrieben und die Dinte so bei jedesmaligem Gebrauche frisch bereitet. Die Stärke der Tanninlösung schwankte zwischen 3 und 10%, die der Ferr. sulfuric.-Lösung zwischen 2 und 5% je nach der Hartnäckigkeit der Affektion.

In drei Fällen von Erythema exsudativum multiforme der Hände und Füfse wurden täglich zweimal 15 Minuten lang lokale Dintenbäder verordnet. Der Erfolg bestand in rascher Anämisierung der Haut, raschem Eintrocknen der Bläschen und Papeln und schneller Überhornung. Das Jucken und Brennen hörte sofort auf.

In sechs Fällen von Pruritus localis, d. h. in 1 von Pruritus axillaris, 2 von Pruritus ani und 3 von Pruritus vulvae wirkten lokale Dintenumschläge (täglich zweimal 15 Minuten) aufserordentlich beruhigend und juckstillend. Die in allen Fällen mehr oder minder bestehende Verdickung der Hornschicht wurde durch die Umschläge beseitigt.

In vier Fällen von hartnäckigem recidivierenden Herpes progenitalis trockneten die Herpeseruptionen schnell ein durch schwach procentuierte Dintenumschläge (zweimal täglich 10 Minuten) und die Verhornung ging aufserordentlich schnell von statten, viel schneller als bei Anwendung sonstiger adstringierender und eintrocknender Mittel. In zwei Fällen wurden die Umschläge nach Heilung zur Abwehr von Recidiven fortgesetzt. Die Patienten blieben bis heute, nach vier bis sechs Monaten, von neuen Herpesattacken verschont.

In drei Fällen von subakutem vesiculo-papulösen Handekzem mit Schwellung und Nässen kompliziert, bewirkten lokale schwache Dintenbäder in der Dauer von 15 Minuten täglich, sofort Abnahme der entzündlichen Symptome, Abnahme des Nässens, der Rötung und des Ödems, Eintrocknen der Blasen, Abflachung der Papeln, rasche Überhornung und Heilung nach ca. $1^1/_2$—$2^1/_2$ Wochen.

In drei Fällen von Ulcus cruris atonicum varicosum wurden mit Dinte benetzte Kompressen angewandt, die mit Guttapercha bedeckt, mit Mullbinde fixiert und täglich einmal gewechselt wurden. In allen Fällen bestand starker Schmerz, welcher sofort durch die Dintenumschläge beseitigt wurde. Nach 2—3—4 Wochen entstand eine erhebliche Verkleinerung der Ulcera, der Geschwürsgrund reinigte sich erheblich, rote Granulationen schossen auf, und nach weiteren 4—5—7 Wochen trat Überhornung ein. Danach dauernde Anwendung des Zinkleimverbandes. Die Fälle sind jetzt monatelang beobachtet und Recidive sind nicht eingetreten.

Fassen wir nun die gewonnenen Resultate zusammen, so fällt zuerst die schon von UNNA beobachtete schmerz- und juckstillende Wirkung der Dintenbäder und Dintenumschläge auf, ferner die Reinigung und Sekretionsbeschränkung geschwüriger Flächen, die Begünstigung der Granulationsbildung, vor allem aber das rasche Eintrocknen von Blasen, Vesikopapeln und Bläschen und endlich die prompte keratoplastische, die Überhornung begünstigende Wirkung. Bei ulcerösen Prozessen, subakuten und chronischen Entzündungen der Haut, bei Pruritus und pruriginösen Hautaffektionen glaube ich die Dintenbäder und Dintenumschläge, besonders dann, wenn die üblichen Behandlungsmethoden im Stiche lassen, mit Recht zur Nachprüfung empfehlen zu können.

Versammlungen.

Verhandlungen der American Dermatological Association.

22. Jahresversammlung zu Princeton N. J. den 31. Mai und 1. Juni und zu New York am 2. Juni 1898.

Ergänzender Bericht (s. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 28, pag. 34).

Hydroa vacciniformis, von J. C. WHITE-Boston. (S. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 28, pag. 34 u. 47.)

Diskussion: JOHNSTON führte aus, dafs die Bedeutung der Eosinophilie bei bullösen Hautaffektionen noch nicht genügend klar gestellt ist. Man hat dieselbe bei Erythema bullosum, bei Dermatitis herpetiformis und auch bei Impetigo herpetiformis nachgewiesen. Ob irgend welche Schlüsse daraus zu entnehmen sind, sei ihm sehr zweifelhaft.

HARDAWAY beschreibt einen Fall von Hydroa vacciniforme bei einem 23jährigen Mädchen, Tochter eines Arztes. Die Jahreszeit sowie Hitze oder Kälte schienen beim Entstehen der Läsionen ganz ohne Bedeutung zu sein. Es bestand ausgedehnte Narbenbildung.

KLOTZ wendet sich gegen die Bezeichnung „Bulla" bei diesen Affektionen; eine „Blase" kann nie eine Narbe hinterlassen.

DUHRING berichtet über einen 10jährigen Knaben, bei welchem regelmäfsig im Sommer an Handrücken und Gesicht sich kleinste und bis zu erbsengrofse Bläschen entwickelten. Dieselben hatten nichts Entzündliches und nichts von Herpes an sich; bei vielen derselben blieben Narben zurück. Dafs wirkliche Narben übrigens ganz unzerstörbar seien, kann er, entgegen WHITES Meinung nicht behaupten. Er hat vielmehr selbst gelegentlich richtige Narben verschwinden sehen.

BOWEN hat einen Fall histologisch untersucht; es fand sich in allen Läsionen Nekrose der Faserschichte, nach der Bläschenbildung als dem primären Vorgang. In Boston scheine die Affektion häufiger vorzukommen als in Philadelphia.

WHITE: Die Bezeichnung „aestivale" trifft nicht zu, da die Affektion auch zu anderen Jahreszeiten auftritt. Mit UNNAS „Hydroa puerorum" hat dieselbe auch manches gemeinsam.

Ein auf gewisse Gebiete beschränkter und in unregelmäfsigen Zwischenräumen recidivierender ungewöhnlicher Blasenausschlag, von W. T. Corlett. Ein 60jähriger Irländer kam mit einem auf der Innenseite der Oberschenkel und (weniger) der Ulnarseite der Arme lokalisierten, stark juckenden Ausschlag in Behandlung. Abgesehen von einigen Rheumatismusattacken und gelegentlicher Bronchitis sowie einer Knieverletzung im Kriege ist er recht gesund gewesen. Das Hautleiden fing im Juli 1894 zunächst an den Handgelenken als eine stark juckende Rötung der Haut und Blasenbildung an. Es verging wieder im Laufe von drei bis vier Wochen. Seitdem sind sechs solche Attacken vorgekommen. Die Symptome scheinen jetzt bei dem siebenten Anfall die gleichen zu sein, wie früher: Rötung und Entwickelung von Bläschen und Blasen bis zu Haselnufsgröfse. Die Lokalisierung entspricht ungefähr dem N. cutaneus int. des Vorderarmes und den Hautästen des N. obturatorius am Oberschenkel. Unter lokaler Applikation von Resorcin und Tanninglycerol bei innerer Darreichung von Liq. arsenic. Fowler heilten die Läsionen in etwa acht Tagen ab. An den betroffenen Stellen zeigte die Haut beim Heilen etwas Abschuppen, später eine dunkelrötliche Färbung. Die Diagnose wurde auf Dermatitis herpetiformis gestellt, doch würde die Bezeichnung rekurrierende, multiforme Dermatitis eigentlich besser zutreffen.

Diskussion: Duhring erkennt den Fall nicht als Dermatitis herpetiformis an, namentlich schon wegen der Schuppenbildung.

Zeisler hat Dermatitis herpetiformis nie an der Innenseite der Oberschenkel lokalisiert gefunden, sie kommt immer am Rücken, auf den Hüften, an den Kniekehlen etc. vor.

Fordyce denkt bei diesem Falle an nervöse Einwirkungen; er hat kürzlich einen Bläschenausschlag am Vorderarm im Verein mit Alkoholneuritis beobachtet, sowie bei einem Epileptiker einen ähnlichen Ausschlag an Händen, Armen und der Mundschleimhaut.

White tritt für eine Erweiterung des Begriffes Dermatitis herpetiformis ein und empfiehlt den Zusatz „multiformis".

Stelwagon unterstützt die gestellte Diagnose Dermatitis herpetiformis.

Trophische Dermatosen nach Frakturen, von J. Zeisler. Am 6. Aug. 1896 hat Z. seinen rechten Oberschenkel gebrochen. Beim Nachlesen über Frakturen in Malgaignes „Traité des Fractures" fand er eine Beobachtung eines sächsischen Arztes Guenther erwähnt, demzufolge bei Frakturen die Nägel im Wachstum zurückbleiben und erst nach erfolgter fester Vereinigung der Knochenenden wieder weiter wachsen. Daraufhin beobachtete er seine Nägel genau. Er fand, dafs die zur Zeit des Unfalls kurz abgeschnittenen Nägel am linken Fufs nach vier Wochen bereits einen mäfsigen freien Rand gebildet hatten, während auf der verletzten rechten Seite noch nach sechs Wochen kein Schneiden möglich war. Ein freier Rand wurde erst ca. zehn Wochen nach dem Unfall, als Z. wieder auf Krücken umherging, konstatiert. Die Knochenverletzung an sich steht jedenfalls nicht direkt mit der Erscheinung an den Nägeln in Zusammenhang, denn knöcherne Vereinigung ist im vorliegenden Falle noch immer nicht eingetreten. Vielmehr sind als Ursachen anzuführen die Einschnürung der Extremität durch den Verband, die horizontale Lage und die dadurch entstehende Ernährungsstörung und Atrophie. Als weitere Folge beobachtete Z. im folgenden Frühjahr und Sommer an der Fufssohle einen ungewöhnlichen, juckenden Ausschlag, zunächst in Form von allerkleinsten Bläschen, die aber bald infolge von Kratzen in eine Art von Eccema rubrum übergingen. Eigentliches Ekzem aber lag nicht vor, auch nicht Herpes oder irgend eine parasitäre Affektion. Im Winter verging die Affektion, kehrte aber im Frühjahr wieder. Einen ganz ähnlichen Ausschlag hat Z.

bei einem Säugling nach Radiusfraktur und bei einem 32jährigen Manne nach Unterschenkelbruch beobachtet.

Diskussion: Bronson: Es ist bekannt, dafs sich Ekzeme gern an Extremitäten entwickeln, welche fraktuiert gewesen sind. Er hat dabei öfters eine eigentümliche Konfiguration der Dermatose wahrgenommen. Vielleicht ist dabei ein Verschlufs der Lymphwege ein ätiologisches Moment, vielleicht auch neuropathische Vorgänge.

Shepherd hat Herpes cutaneus beobachtet als Folge von Quetschung des N. musculo-spiralis zwischen den Enden eines fraktuierten Oberarmknochens.

Duhring sagte, dafs Veränderungen an den Nägeln nach Shock und sonstigen Verletzungen nicht so ganz selten sind. Die Nerven spielen dabei eine grofse Rolle, und er betrachtet die entstehenden Hautanomalien als eine Dermatitis neuropathica, sei es vesiculosa oder bullosa.

Hartzell hat mehrwöchiges Zurückbleiben des Nagelwachstums des kleinen Fingers bei sich selbst beobachtet nach Fraktur des betreffenden Metakarpusknochens.

Sind die aus pigmentierten Mälern entstehenden Neoplasmen Carcinome oder Sarkome etc.? von J. C. Gilchrist. Redner berichtet über zwei genau untersuchte Fälle und erklärt sich entschieden für die Auffassung, dafs es sich hierbei nicht um Sarkome sondern um Carcinome handelt, wie dies zuerst von Unna 1892 gelehrt worden ist.

Fall 1 betraf einen 58jährigen, grofsgewachsenen Vollblutneger, bei dem zunächst an der ziemlich pigmentlosen Fufssohle ein kleiner, tiefschwarzer, allmählich gröfser werdender Tumor sich entwickelte. Zwei Jahre später wurde eine Metastase am Unterschenkel sowie die Primärgeschwulst ohne Zwischenfall exstirpiert, trotzdem entwickelten sich im weiteren Verlaufe senfkorn- bis kleinapfelgrofse Tumoren am ganzen Rumpfe und den Extremitäten zu Hunderten. Die Lymphdrüsen blieben auffallenderweise intakt. Subcutane Injektionen von Arsenik erwiesen sich als erfolglos, und Patient ging einige Monate später zu Grunde.

Fall 2 betraf einen 27jährigen Arzt, bei dem im Laufe von sieben Jahren auf der Wange ein pigmentiertes Mal sich allmählich zu einer gröfseren Geschwulst entwickelte. Nach der jetzt vor einem Jahr mit Erfolg ausgeführten Totalexstirpation wurde dieselbe mit grofser Bestimmtheit als ein melanotisches Carcinom diagnostiziert. Es werden die histologischen Verhältnisse dieser Fälle sowie eines Pigmentmales von einem 21 Monate alten Kinde an Abbildungen genau geschildert und ihr epithelialer Ursprung klar nachgewiesen. An einigen Präparaten war auch der Vorgang der „Abschnürung" (Unna) an der unteren Hälfte deutlich erkennbar.

Diskussion: Duhring wendet sich gegen den vom Redner bei der Beschreibung des ersten Falles gebrauchten Ausdruck „Metastase"; es wäre richtiger von „neuen lokalen Läsionen" zu reden. Unter Metastasenbildung versteht er das Auftreten des Leidens an irgend einer anderen Stelle bei gleichzeitigem Aufhören desselben an der Primärlokalität (also die bei früheren Generationen geltende Auffassung. Ref.). Übrigens besitzt er Photogramme von ähnlichen Fällen, welche er stets als carcinomatös gedeutet hat.

Shepherd hat wirkliche Sarkome nach Reizung von Pigmentmälern auftreten sehen. Nach Exstirpation traten in der Regel Recidive auf.

Hartzell glaubt, dafs in manchen Fällen sich doch wirkliche Sarkome entwickeln.

Stelwagon hat auch Injektionen von Arsenik bei ähnlichen Fällen ohne Erfolg gegeben.

White erklärt, dafs ein Übergehen von Pigmentmälern in Sarkome doch jedenfalls in vielen Fällen mit Zuverlässigkeit beobachtet wurde.

Fordyce hat wiederholt bei der Exstirpation solcher Tumoren eine Entstehung bald von der Epidermis bald vom Mesoblast her beobachtet.

Johnston schildert als charakteristisch für Endotheliome das Vorhandensein von enorm grofsen Zellen, die etwa 50—60 mal so grofs sind wie rote Blutkörperchen. Dieselben haben ein homogenes Protoplasma und einen einzigen ovalen Kern mit netzartiger Zeichnung.

Robinson tritt für die Verwendung des Wortes „Metastasen" in der Weise, wie Gilchrist es gebraucht hat, ein.

Gilchrist hat auch die von Johnston erwähnten Zellen bei Carcinomen gesehen. Es sind Riesenzellen.

Ein Beitrag zur Kenntnis des sogenannten „vormykotischen" Stadiums der Mykosis fungoides, von J. N. Hyde und F. H. Montgomery. Aufser einer eingehenden Schilderung der klinischen und pathologisch-anatomischen Erscheinungen bei dieser Affektion im allgemeinen geben Vortragende einen interessanten Bericht über zwei von ihnen eingehend beobachtete Fälle und kommen schliefslich zu dem Resultat, dafs das sogenannte vormykotische Stadium in Wirklichkeit nichts anderes als der erste Anfang dieses so verderblichen Leidens ist. Der eine Fall betraf eine 27jährige Frau, welche zunächst wegen Pruritus in Behandlung gewesen war. Nachdem derselbe in gröfserer oder geringerer Intensität drei Jahre lang bestanden hatte, entwickelten sich am Rumpfe sowie an den Extremitäten scheibenförmige, oberflächliche, scharf abgegrenzte, lebhaft rosarote Infiltrationen von Handtellergröfse bis zu 16 cm Durchmesser. Daneben fanden sich rehfarbene, ovale Flecke, wie bei Vitiligo. Die Verdickungen vereiterten und Patientin ging wenige Wochen später an Erschöpfung zu Grunde. Der zweite Patient, ein 41jähriger Mann, zeigte zunächst (1896) eine allgemeine Rötung und Schuppenbildung an der Haut ohne Infiltration. Etwa ein Jahr später waren einige Verdickungen zu bemerken, welche den Verdacht auf Mykosis fungoides lenkten, obgleich das Allgemeinbefinden sich gegen früher wesentlich gebessert hatte. Seitdem haben sich unverkennbare Läsionen ausgebildet, doch ist Patient noch am Leben und bei leidlichem Wohlbefinden. Histologisch zeigten die Tumoren eine Erweiterung der Gefäfse im Corium nebst einer endothelialen Zellwucherung sowie in den papillären und subpapillären Schichten eine mehr oder weniger intensive Zellenbildung meist vom Bindegewebstypus. Es fanden sich Mastzellen und Zellen mit mehreren Kernen aber keine Riesenzellen. Von Sarkom sowie von den infektiösen Granulationsgeschwülsten ist die Affektion scharf getrennt, auch ist bemerkenswert, dafs man mit einer einzigen Ausnahme nie eine Beteiligung interner Organe beobachtet hat.

Diskussion: Fordyce hält doch eine Zugehörigkeit zu den Granulomata für wahrscheinlich.

Duhring hat bei seinen Fällen höchst selten ekzematöse Erscheinungen als Vorläufer beobachtet. Einmal hat er eine Beteiligung von Seiten der Blasenwand beobachtet. In histologischer Beziehung erwähnt er, dafs die Epidermis meist nicht mit ergriffen war.

White hebt die an Vitiligo erinnernden Vorläufer hervor.

Gilchrist: Da es feststeht, dafs die Tumoren auch spontan wieder verschwinden, kann es sich jedenfalls nicht um Sarkom handeln.

van Harlingen findet, dafs bei genauerer Beobachtung von Ekzem keine Rede sein könne, eher von Pagetscher Krankheit.

Fox berichtet über verschiedene klinische Beobachtungen. Er hat Fälle beobachtet, die sehr leicht mit Ekzem hätten verwechselt werden können. Bei einem

eingehender beschriebenen Falle hatten die Läsionen Ähnlichkeit mit Psoriasisflecken, an denen die Schuppen abgekratzt worden sind.

Sherwell hat sogar sarkomatöse Tumoren unter Darreichung von Arsenik verschwinden sehen.

Allen berichtet über einen Patienten, bei dem eine ausgesprochene Ähnlichkeit mit Lepra zu bemerken war.

Stelwagon findet, dafs die früheren Vorboten und auch die während der Tumorenbildung zu beobachtenden Läsionen in der That durchaus ekzemartig sind. Dies werde auch in der Litteratur allgemein bestätigt.

Pollitzer glaubt, dafs die ekzematösen Erscheinungen eine Wirkung des Pruritus infolge von Kratzen und weiteren Zufälligkeiten darstellen dürften, und weist auf die Vielgestaltigkeit des Leidens hin.

Morrow berichtet über seine klinischen Beobachtungen; in vielen Fällen konnte im Vorstadium keine andere Diagnose als Ekzem gestellt werden. Er hat Versuche mit Coleys Flüssigkeit gemacht und mit interner und subcutaner Darreichung von Arsenik mit zweifelhaftem Nutzen. Bei einem seiner Fälle wurde an einem Präparat von einem geübten Mikroskopiker eine Ähnlichkeit mit Carcinom konstatiert.

Ein eigentümlicher Fall von Granuloma am Gesicht und den Extremitäten, von F. J. Shepherd. (Illustr.) Eine 28jährige Frau zeigte seit sechs Monaten auf der linken Wange dicht unterm Auge resp. etwas weiter unten zwei etwa $^3/_8$ Zoll hoch sich erhebende, rosarötliche Tumoren; der gröfsere obere reichte vom inneren Augenwinkel bis zum äufseren, der kleinere, rundliche war etwa Pfennigstück grofs. Die Oberfläche war ulceriert, kraterförmig und sonderte ein dünnes sanguinolentes, übelriechendes Sekret ab. Bald nachher entwickelte sich am rechten Bein ein ähnlicher ca. thalergrofser Tumor. Unter einer Quecksilbersalbe trat im Laufe von etwa $3^1/_2$ Monaten Heilung ein. Später trat aber Entzündung am Kniegelenk mit Fistelbildung und im weiteren Verlauf eine hühnereigrofse Schwellung am linken Trochanter major auf. Irgendwelche Bacillen konnten nicht aufgefunden werden, aber Patientin reagierte auf Tuberkulineinspritzug. Redner hält die Affektion für tuberkulös. Jodkalium hat Patientin niemals genommen.

Diskussion: Jackson hat ähnliche Geschwülste nach Bromkalium entstehen sehen.

Zeisler erinnert sich eines sehr ähnlichen Falles, bei dem Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden.

Allen meint, eine Bromgeschwulst würde nicht solche Narbenbildung und Ektropion, wie dies bei dieser Patientin beschrieben ist, hinterlassen können.

Duhring hält die Affektion auch für tuberkulös und erinnert daran, dafs solche Tumoren in der That sich wieder zurückbilden können.

White hat niemals ein spontanes Verschwinden tuberkulöser Geschwülste gesehen.

Gilchrist stimmt auch für Tuberkulose. Zum Nachweis der Bacillen empfiehlt er statt der Anfertigung von Schnitten, eine Portion der Geschwulst durch Kürette zu entfernen, zwischen zwei Objektträgern gründlich zu zerdrücken und dann wie Sputum zu färben.

Pollitzer findet, dafs die Läsionen grofse Ähnlichkeit mit Mykosis fungoides haben, während Hyde und Montgomery die Diagnose Tuberkulose unterstützen.

Lymphangioma circumscriptum cutis und der sogenannte Naevus linearis, von W. T. Corlett. Krankengeschichte: Ein 32jähriger Mann hatte eine Zeit lang an Melancholie gelitten, ist jetzt selbst sowie einige seiner Geschwister „nervös". Der Ausschlag besteht seit seinem dritten Lebensjahre. Gerade über der Crista ilei auf

der linken Seite entwickelte sich auf einem Quadratzoll grofsen Gebiete eine eigentümliche Blasenbildung. Subjektive Beschwerden bestanden und bestehen nicht. Von Zeit zu Zeit machen sich entzündliche Erscheinungen bemerkbar. Die Bläschen platzen dann, entleeren Flüssigkeit und werden durch neue ersetzt. Zur Zeit erstreckt sich der Ausschlag vom äufseren Rande des Erector spinae bis gerade über die Symphyse als 2 Zoll breiter Streifen von halbdurchscheinenden, warzenartigen Bläschen von Linsen- bis Erbsengröfse, ähnlich wie Herpes zoster aber ohne entzündliche Rötung. Die mikroskopische Untersuchung lieferte keinen weiteren Aufschlufs.

Fall 2 betraf einen 23jährigen Arbeiter ohne hereditäre Belastung und von kräftiger Körperkonstitution, bei dem die Affektion zuerst an der Wade auftrat, sich aber dann im Laufe von sechs Jahren bis auf den Oberschenkel ausgedehnt hat. Das klinische Bild ist im allgemeinen wie beim ersten Patienten. Es wurden einzelne Teile von den Läsionen ausgeschnitten und folgender mikroskopischer Befund erhoben: Stratum corneum sehr dick, Stratum lucidum normal. Hauptveränderungen am Rete, namentlich in den tieferen Schichten; rundliche oder ovale Gebiete von Rundzelleninfiltration unter Verdrängung der Epithelialzellen. An der Grenze zwischen Rete und Corium ebenfalls zerstreute Gebiete von Rundzelleninfiltration. Zwischen den Papillen und im Corium zeigen die Lymphräume häufig Erweiterungen und Zellanhäufungen. Diese Erweiterung scheint der primäre Prozefs zu sein und steht vielleicht mit einer Bakterieneinwirkung im Zusammenhang.

Diskussion: Robinson pflichtet der Diagnose nicht bei; die von ihm beobachteten drei Fälle hatten wesentlich andere Erscheinungen dargeboten.

Hartzell berichtet über einen Fall, bei dem das Krankheitsgebiet sich anscheinend immer weiter über die Schulter verschob, indem das ursprüngliche Krankheitsgebiet abheilte.

Elliott wendet sich auch gegen die Diagnose. Bei Lymphangioma circumscriptum findet sich nur eine Höhlung, deren Wände vom Rete und Stratum corneum gebildet werden, ohne entzündliche Erscheinungen und mit deutlich erkennbarer Entstehung vom Lymphgefäfssystem her.

Bowen meint, die Fälle könnten nicht als Lymphangiome diagnostiziert werden; der zweite dürfte vielleicht ein Naevus linearis sein.

Zweiter Tag.

Lupus erythematodes, dessen Ätiologie und Pathologie, von A. R. Robinson. Nach einer kurzen Schilderung der klinischen Erscheinungen konstatiert Vortragender, dafs die Läsionen bei Lupus erythematodes jetzt allgemein nicht als Neoplasmen, sondern als das Resultat einer Entzündung aufgefafst werden. In ätiologischer Beziehung kann eine Kachexie im allgemeinen meistens nicht beschuldigt werden, doch ist eine gewisse Zartheit des Gesamthabitus, blonder Teint, helles Haar öfters damit verbunden. Das weibliche Geschlecht disponiert mehr dazu als das männliche. In rauhen Gegenden und auf dem Lande sieht man das Leiden häufiger als in warmen Strichen und in Städten. Bei kleinen Kindern und bei Greisen sieht man es sehr selten. Von lokalen Faktoren sind als prädisponierend zu nennen Verfrierung, Pernionenbildung, Ekzeme, seborrhoische Hyperämien, Rosacea und überhaupt Cirkulationsstörungen. Begleiterscheinungen sind Anämie und Chlorose, Tuberkulose der Lungen und anderer innerer Organe in vielen Fällen; auch Herz- und Nierenleiden bei den malignen Formen. Als direkte lokal wirkende Momente sind beschuldigt worden chemische Stoffe (mit Unrecht) und Toxine sowie von vielen Autoren (Besnier, Hallopeau) der Tuberkelbacillus. Nach Robinson sind bisher keine Beweise für letztere Annahme erbracht worden. Die wenigen positiven Reaktionen auf Tuberkulin

(Kaposi) beweisen nichts. R. hat selbst bei zwei Patienten mit Lupus erythematodes auf Tuberkulin fieberhafte Reaktion beobachtet, doch mifst er diesem Verhalten keine grofse Bedeutung bei. Betreffs der Anatomie giebt R. des weiteren kurze Auszüge aus den Berichten von Unna, Darier, Morrison, Holden, Leloir und Buri und schildert seine eigenen Beobachtungen folgendermafsen: Stratum corneum unverändert, nur an einzelnen Stellen sieht man etwas Lockerung der Lamellen. Als Hauptveränderung findet sich herdweise eine entzündliche Anhäufung von Zellen an den subpapillär verlaufenden horizontalen Blutgefäfsen. Dieselben sind meist mononukleäre, mittelgrofse Leukocyten mit grofsen Kernen und schmalem Protoplasma. Zugleich zeigte sich eine Vergröfserung des Endothels der Kapillaren und auch der Lymphgefäfse. Riesenzellen fehlen, ebenso mehrkernige Zellen. Es ist auf diese Weise ein retikuläres, adenoides Gebilde hervorgerufen, und wir müssen Lupus erythematodes demnach als einen durch Lokalinfektion bedingten Prozefs, als ein Granulom auffassen.

Lupus erythematodes, dessen Behandlungsfähigkeit, von J. C. White (vide Originalartikel Bd. XXVII, pag. 333).

Lupus erythematosus bei einer tuberkulösen Patientin nebst Autopsiebericht, von J. A. Fordyce. Es handelte sich um eine 39jährige, dem Trunke sehr ergebene Epileptica, welche im Delirium aufgenommen wurde und bald darauf im Coma starb. Auf Stirn, Nase und Wange bestand ein deutlich ausgeprägter Lupus erythematodes. Bei der Sektion wurden in beiden Nieren ziemlich zahlreiche tuberkulöse Herde gefunden und aufserdem in der rechten Niere ein tuberkulöser Abscefs von $2^1/_2$ Zoll Durchmesser mit grumösem Inhalt. Das Nierengewebe zeigte dabei Schrumpfungsvorgänge. Lunge ödematös, desgleichen das Gehirn; Leber cirrhotisch, hypertrophisch. Ein Stück Haut von dem Rande des Erkrankungsgebietes ergab auf mikroskopische Untersuchung eine Erweiterung der Kapillaren in der subpapillären Schichte und teilweise Anfüllung derselben mit roten und weifsen Blutkörperchen. Hier und dort sieht man Anhäufungen von einkörnigen Leukocyten (Plasmazellen, Unna), mehrkörnige Zellen fanden sich nicht. In den mittleren und tieferen Schichten des Derma sind die Kapillaren an manchen Stellen teilweise oder total obliteriert. Die wesentlichen Veränderungen betrafen eben die Gefäfse; Andeutungen eines chronisch entzündlichen Prozesses waren gering und Zeichen von Tuberkulose fanden sich gar nicht. Redner glaubt, dafs man nicht für alle Fälle von Lupus erythematodes eine gemeinsame Ursache nachweisen kann, bei manchen spielen wahrscheinlich lokale Faktoren eine Rolle, während bei anderen ein im Blutstrom cirkulierendes Agens vielleicht von ätiologischer Bedeutung ist.

Diskussion: Gilchrist hat drei Fälle mikroskopisch untersucht und ähnliche Befunde erhalten wie Robinson, wenigstens für das Stadium der Rosacea, während das narbige Gewebe eine komplete Atrophie der Talgdrüsen und Dilatation der Schweifsdrüsen und deren Ausführungsgänge aufwies.

Elliot glaubt nach seinen ausgedehnten Beobachtungen derartiger Fälle, dafs Lupus erythematodes nichts mit Tuberkulose zu thun hat. Er könne nur von einem einzigen Falle bestimmt eine Heilung behaupten. Es handelte sich um eine circumskripte Stelle, die mit dem Galvanokauter zerstört wurde. Er hat alle gebräuchlichen Mittel im Laufe der Zeit angewandt, aber keine zwei Fälle reagierten in der gleichen Weise auf dasselbe Mittel.

Pollitzer sagte, der Irrtum, dafs die Talgdrüsen bei der Affektion beteiligt seien, müsse schon aus dem Grunde, dafs auch die Schleimhäute, welche keine solche Drüsen besitzen, affiziert werden, als widerlegt erscheinen. Er hat von der Schütz-schen Behandlung durch Pinselungen mit verdünnter Fowlerscher Lösung (1 : 4) gute Wirkungen gesehen.

Sherwell hat eine Heilung von 18jährigem Bestande zu verzeichnen. In vielen Fällen hat er mit dem sauren Quecksilbernitrat günstige Resultate erzielt, in anderen wieder nicht. Auch Arsenik mit oder ohne Syr. ferr. jodat. sei nützlich.

Zeisler verfährt mit Vorliebe nach folgender Vorschrift: Eine Mischung von Karbolsäure, Jod und Chloral wird einmal wöchentlich aufgetragen und in der Zwischenzeit eine milde Behandlung gegeben. Den Salben zieht er die Lösungen vor. Chirurgische Eingriffe liebt er nicht; die Kur sei oft schlimmer als die Krankheit, wie er an einem Patienten, der durch ganz Amerika aus einer Behandlung in die andere wanderte und schliefslich in Unnas Klinik landete, gesehen hat.

Winfield stimmt den Whiteschen Ausführungen entschieden zu.

Jackson hat mit der Schützschen Behandlung keinen Erfolg gehabt, eher noch mit einer 50%igen Resorcinlösung.

Fox hat wenigstens in frischen Fällen öfters Genesungen und mehrjähriges Freibleiben gesehen. Karbolsäure sei ungefähr das wirksamste Mittel, das er kennt. Er wünscht mehr Gewicht auf die Allgemeinbehandlung durch Luftveränderung u. s. w. gelegt zu sehen.

Bronson betrachtet die Affektion als ein Erythem, wenn auch manche Erscheinungen auf eine zu Grunde liegende konstitutionelle Anomalie deutet, und behandelt demgemäfs. Die Hauptindikation sei die Beseitigung der Hyperämie, was am besten durch Resorcin geschehe.

Duhring berichtet über einen Patienten, bei welchem sich auf der Basis eines Lupus erythematosus Krebs entwickelte, mit tödlichem Ausgang, sowie über einen 40jährigen Mann, bei dem durch eine Trink- und Badekur in Richfield Springs eine jetzt bereits zehn Jahre bestehende Heilung erfolgte. Er ist entschiedener Gegner aller heroischen Behandlungsmethoden.

Hardaway unterscheidet drei Formen, den einfachen Lupus erythematosus, den fixierten und den malignen. Die zweite Form hält er für, dem Ursprung nach, tuberkulös. Elektrolyse giebt dabei gute Resultate.

Bowen hat zweimal Lupus erythematosus im Verein mit Tuberkulose innerer Organe beobachtet. Es sei nötig, der Frage von dem Zusammenhang zwischen den beiden Affektionen wissenschaftlich näher zu treten.

Fordyce kennt einige Fälle von Lupus erythematosus bei Patienten mit Lungentuberkulose.

Ein Bericht über drei Fälle von Urticaria pigmentosa, von H. W. Stelwagon. Diskussion. Gilchrist hat bei mikroskopischer Untersuchung der Läsionen im wesentlichen Mastzellen gefunden. Man hatte den Eindruck einer Neubildung, wahrscheinlich infolge von Ernährungsstörung an den Teilen. In ätiologischer Beziehung ist die Diät sehr wichtig.

Eindrücke und Schlüsse aus der Betrachtung von 5000 im Laufe des Jahres behandelten Hautkrankheiten, von C. W. Allen. Den gröfsten Beitrag lieferte wie sonst das Ekzem. Bei Favus hat A. am meisten Nutzen gesehen von Epilation der kurz geschnittenen Haare und Applikation von Chrysarobin, abwechselnd mit Ungt. Hydrarg. ammoniat. Gelegentlich kam auch Formalin in Lösung oder als Salbe in Anwendung. Letztere Lösung (bis 40%) war auch bei Alopecia areata nützlich.

Bei 72 Erysipelkranken war die Mortalität Null. A. glaubt, dafs bei jedem Gesichtserysipel die Nase den Ausgangspunkt bildet. Er wischt deshalb stets die Nase mit einer 50%igen wässerigen Ichthyollösung gründlich aus. Auf die Haut pinselt er Ichthyolkollodium auf. Unter Pseudoerysipel beschreibt er eine entzündliche Affektion des Arms im Anschlufs an die Impfung. In der Regel geht die Affektion nicht über die Grenze von Schulter und Ellenbogen hinaus. Bei Erythema multiforme

war in jedem darauf hin untersuchten Falle Fieber zu konstatieren. Dieser Umstand sowie die Gelenkschmerzen deuten auf einen infektiösen Vorsprung hin. Bei Herpes zoster wird Pinselung mit 3%igem Methylenblaukollodium empfohlen. Irgend einen Zusammenhang mit Phthise konnte A. bei dieser Affektion nicht nachweisen. Methylenblaulösung wird auch für Intertrigo warm empfohlen. Bei Folliculitis abscedens hat er nur bei chirurgischer Behandlung einen ungünstigen Ausgang beobachtet. Koplıks Symptom (kleine glänzende Punkte auf roter Basis auf der Wangenschleimhaut) wurde einmal bei einem Falle von Morbillen im Vorstadium beobachtet. Bei Scabies hat A. nach Sherwells Vorschrift Einpuderungen mit Schwefelpulver erfolgreich angewandt. Zur Behandlung der Syphilis giebt er den intramuskulären Einspritzungen den Vorzug. Syphilis, Tinea circinata, tonsurans, versicolor, Vaccinia-Ausschläge etc. werden noch kurz besprochen.

Diskussion. Johnston mahnt dringend zur Vorsicht im Gebrauche von Formalin.

Sherwell gebraucht auch Ichthyol bei Erysipel, aber als 10%ige Lösung zum Spray für die Nasenhöhle. Auch bei Sykosis der Oberlippe in derselben Weise.

Hutchins hat mit Formalin (½%ige Lösung bis 40%) bei Herpes tonsurans capitis sehr befriedigende Resultate gehabt.

Eine papulöse persistierende Dermatose; ein Bericht über eine noch nicht beschriebene Erkrankung, von J. C. Johnston. Der Fall ist wiederholt in den zwei dermatologischen Gesellschaften von New York vorgestellt worden und die Diagnose ist auf Dermatitis herpetiformis, Sarkom, Prurigo, Leukaemia cutis und Neurofibrom gestellt worden. Abbildungen wurden bei Gelegenheit des Edinburgher Kongresses (1898) noch vorgezeigt, aber aufser J. Hutchinson erinnerte sich niemand, etwas ganz Ähnliches beobachtet zu haben. Dieser erinnerte sich eines ebensolchen Falles, welcher als „Keloid-Prurigo" geschildert wurde. Die Affektion im vorliegenden betraf eine 52jährige Irländerin, die 1885 nach New York ausgewandert war. Zuerst war das Gesicht ergriffen, Arme und Beine später, während der Rumpf frei blieb. Die einmal entstandenen Läsionen vergehen nicht wieder. Im allgemeinen stellt sich klinisch das Leiden als ein pruriginöser, papulo-vesikulöser, mit Lichenbildung, aber ohne ekzematöse Erscheinungen einhergehender Ausschlag der Streckseiten dar. Die Papeln stehen einzeln, nicht in Gruppen und fühlen sich hart an. Histologisch zeigt sich das ganze Corium von einem äufserst chronischen entzündlichen Prozefs ergriffen. Eine Haupteigentümlichkeit ist die Beteiligung der markhaltigen Nervenstämme der Reteschicht. Die Epidermis wird nur sekundär ergriffen und zeigt eine starke Zunahme der Hornschichten und ein durch Entartung der Stachelzellen entstandenes Bläschen. Am meisten Annäherung zeigt die Affektion an Hebras Prurigo und dürfte als neurotische Entzündung zu erklären sein.

Diskussion. Gilchrist bezeichnet die Läsionen als zum mindesten sehr ungewöhnlich; es handle sich seines Erachtens um eine Entzündung, nicht aber um eine Keratodermie.

Fordyce hat die vom Verfasser angefertigten mikroskopischen Präparate untersucht und hält eine Störung an den peripheren Nerven für das wahrscheinlichste ätiologische Moment.

Johnston sagte, er habe von Keratodermatitis nur aus Mangel einer besseren Bezeichnung gesprochen; vorläufig bezeichnet er die Krankheit als „Papular persisent dermatosis".

Lichen scrophulosum bei einem Negerkinde, von T. C. Gilchrist. Diese Affektion ist in Amerika sehr selten; es sind bis jetzt nur vier derartige Fälle in der Litteratur verzeichnet und beim Neger scheint sie überhaupt noch nicht beschrieben worden zu sein. Patientin war ein elfjähriges, robustes Mädchen, das aufser der Haut-

affektion nur eine bald zur Heilung gelangende phlyktänuläre Conjunctivitis und eine bei dieser Rasse die Regel bildende mäfsige Schwellung der Lymphdrüsen darbot. Unter Leberthran und Hypophosphitsalzen heilten Haut- und Augenaffektion in etwa 14 Tagen prompt ab. Redner zeigte ein Photogramm nach dem Leben und schöne mikroskopische Zeichnungen und besprach die Schilderungen, welche europäische Autoren von dieser Affektion gegeben haben.

Diskussion. White: Die gegebene Schilderung stimme genau mit den typischen Beschreibungen überein.

Johnston meint, der Fall erinnere an Pityriasis maculata et circinata.

Duhring hat an Pityriasis rosea gedacht.

Hyde hat nur in Wien Lichen scrophulosum gesehen; der vorliegende Fall stimme aber vollkommen mit den dort beobachteten überein.

Gilchrist sagte, wenn die Anwesenden den Fall direkt hätten beobachten können, würde niemand an Pityriasis rosea auch nur gedacht haben.

Ein Fall von Lichen planus universalis mit plötzlichem Exitus letalis; Sektionsbericht und histologische Untersuchung der Hautläsionen, von J. A. Fordyce. Bei einer 60jährigen Frau, welche zeitweilig geistesgestört gewesen war und stark trank, entwickelte sich im Laufe von etwa drei Monaten ein den ganzen Körper überziehender Ausschlag. Derselbe verschonte allein die Fufssohlen und Handflächen, bestand aus Gruppen von Papeln mit runden und gewundenen Konturen und und pigmentiertem Centrum und Umgebung; daneben einzelne dunkelrote, glänzende und gedellte Papeln mit eckigen Konturen, sowie oberflächliche schuppende Läsionen wie bei Psoriasis und isolierte Pigmentflecke von gröfserer oder kleinerer Ausdehnung. Aufser an Psoriasis konnte auch an Syphilis gedacht werden. Unter Darreichung von Liq. arsenic. Fowleri heilte schliefslich die Affektion beinahe bis auf die Pigmentierung ab. Der Tod erfolgte ganz plötzlich infolge von Herzschwäche. Die Autopsie ergab akute Herzerweiterung mit brauner Atrophie, chronische diffuse Nephritis mit Arteriosklerose und Infarkten. Die Nebennieren waren cystisch entartet. Leber geschrumpft, fettig, brüchig. Milz vergröfsert. Die mikroskopische Untersuchung der Papeln ergab die typischen Veränderungen, wie sie bereits früher beschrieben sind. Nach F. ist die Ätiologie durch einen im Blute kreisenden Giftstoff zu erklären, welcher auf die Blutgefäfse der Papillen einwirkt und dadurch die histologischen Veränderungen hervorruft. Für eine Einwirkung seitens des Nervensystems hat er keine Anhaltspunkte gefunden.

Diskussion. Johnston ist der Meinung, dafs die Nebennierenaffektion an der eigentümlichen Pigmentierung schuld sein dürfte.

Gilchrist giebt eine genauere Schilderung seiner mikroskopischen Untersuchungen an Lichenpapeln. Es fanden sich ein starkes Ödem, viele Lymphzellen und einige mehrkernige Leukocyten unmittelbar unter der Epidermis, die Ursache der Dellenbildung; ferner Schwellung des Rete durch seröse Infiltration und Ansammlung von Lymphzellen und polynukleären Zellen in der Epidermis u. s. w.

Hyde führt aus, dafs der Grad der Pigmentierung nicht immer der Intensität der primären Entwickelung des Lichen entspricht. Er hat nie einen Fall mit tödlichem Ausgang in Amerika beobachtet.

Dritter Tag.

Lichen planus hypertrophicus. Dieser von Fordyce vorgestellte Mann ist wiederholt in der New York Dermatological Society vorgezeigt worden. Der Ausschlag fing an der Vorderfläche der Unterschenkel als minimale Papeln an und breitete sich über Kniekehle, Penis und Scrotum aus. Zur Zeit sind alle charakteristischen Zeichen

des Lichen verschwunden, es bestehen nur noch warzige Gebilde, die aber Jucken verursachen.

Pityriasis rubra pilaris. POLLITZER zeigte einen 15jährigen Knaben, bei dem zeitweilig fast die gesamte Körperoberfläche von dieser Affektion ergriffen gewesen ist.

Purpura papulosa. Ein 54jähriger Zimmermann, der vor Jahresfrist von SHERWELL in Behandlung genommen wurde. Das Leiden stellte sich 1894 nach einer sehr intensiven Attacke von Gelenkrheumatismus ein. Zuerst waren Knie und Ellbogen ergriffen, jetzt auch Oberschenkel und Oberarm. Der Fall entspricht genau der Abbildung in CROCKERS Atlas nur in noch ausgesprochenerer Form.

Dystrophie der Nägel. Der von MORROW vorgestellte Mann, Patient von LAPOWSKI, zeigt eine seit der Kindheit bestehende eigentümliche Wachstumsstörung der Nägel sowohl an den Händen wie an den Füßen. Irgend eine Läsion des Rückenmarks oder ein Nervenleiden war nicht vorgekommen.

Lepra. FOX zeigte einen aus Dänemark gebürtigen, aber seit 20 Jahren in Westindien ansässigen Mann, welcher zuerst vor drei Jahren leproese Erscheinungen in Gestalt von Knötchen am Gesicht aufgewiesen hatte. Chaulmoograöl scheint günstig eingewirkt zu haben, namentlich hatten sich das Allgemeinbefinden und die Sehkraft gebessert. Er nimmt 80 Tropfen dreimal täglich, vermindert aber die Dosis nach zwei oder drei Wochen, wenn Verdauungsstörungen eintreten.

Einseitiger Lichen planus. MORROW stellte einen Patienten vor, welcher eben einen auf die eine untere Extremität beschränkten Lichen planus von zehnjähriger Dauer, auch einen vor wenigen Wochen am Oberschenkel enstandenen papulo-pustulösen Ausschlag darbot.

Colloidmilium wurde von LUSTGARTEN an einem 31jährigen Patienten demonstriert. Die Affektion war namentlich an den Augenlidern und dem Halse deutlich entwickelt und erinnerte etwas an Lupus vulgaris.

Vormykotisches Stadium bei Mykosis fungoides wurde von MORROW in Vertretung für LAPOWSKI an einem 51jährigen Manne ohne hereditäre oder anamnestische Belastung vorgestellt. Patient hat verschiedentlich Fieberanfälle bei gleichzeitigem Auftreten von roten, etwas erhabenen Flecken von variabler Größe durchgemacht. Seit ihrem ersten Auftreten (1894) sind die Stellen nie wieder völlig verschwunden, sondern es bleiben immer wenigstens einige braune Verfärbungen bestehen. Blut und Urin sind auch während eines Recidivs nicht verändert gefunden worden.

Lupus erythematodes confluens. LUSTGARTEN zeigte einen typischen Fall bei einem 22jährigen unverheirateten Russen. Bemerkenswert waren die stark ausgeprägten Läsionen an den Lippen und der Mundschleimhaut. Die Behandlung mit der SCHÜTZschen Methode scheint in der letzten Zeit hierbei gute Resultate ergeben zu haben.

Urticaria pigmentosa von 22jährigem Bestande. Patient ist von MORROW vor 20 Jahren der Assoziation vorgestellt worden, und die Affektion hat seit dem fünften Lebensmonat desselben in typischer Weise fast unverändert bis jetzt fortbestanden. Der Fall ist vom Vortragenden bereits in einem ausführlichen Berichte beschrieben worden.

Behandlung von Naevus durch Elektrolyse. Ein auf diese Weise behandelter Fall von behaartem Naevus bei einem jungen Manne wurde von FOX vorgestellt.

Naevus angiectodes circumscriptus universalis. Dieser Fall ist vom Vortragenden, POLLITZER, im Internationalen Atlas veröffentlicht; derselbe betrifft einen mit einem Herzfehler behafteten Patienten, der aber sonst im allgemeinen sich der besten Gesundheit erfreut. Der größere Teil der Hautoberfläche ist ergriffen von hellroten oder bläulichroten Feuermalen.

Recidivierendes Erythema exsudativum. Bronson zeigte eine 20jährige Kunstschülerin, welche seit zehn Jahren im Anschluſs an intensive Witterungseinwirkungen (auſser Gelenkrheumatismus und Chorea) an den Händen, späterhin am Gesicht einen papulösen, juckenden, allmählich mehr knötchenförmig gewordenen Ausschlag darbietet. Weitere ätiologische Momente für die Recidive waren nicht nachzuweisen. Resorcin, lokal appliziert und intern, hatte gut gewirkt.

Pagetsche Krankheit. Sherwell demonstrierte einen typischen Fall bei einer 43jährigen Irländerin; die Affektion begann vor drei Jahren in Form eines leichten Ekzems der linken Brustwarze, angeblich als Folge des Stillens. Redner hat eine Patientin anscheinend geheilt durch energisches Ätzen mit saurem Quecksilbernitrat.

Doppelseitige Hemiatrophia facialis. Die von Sherwell gezeigte Patientin, eine 44jährige verheiratete Frau, erkrankte vor zwölf Jahren anscheinend an Gesichtserysipel; als S. sie sechs Monate später zuerst sah, glaubte er zunächst, ein Myxödem vor sich zu haben. Trotz aller Behandlung trat ausgedehnte Atrophie ein. Seit acht Jahren ist der Zustand unverändert geblieben. Das Gesicht sieht wie ein Totenkopf aus; die Sensibilität ist nicht verändert.

Die Entstehung aus einer Affektion des Centralnervensystems wurde von den meisten der Anwesenden befürwortet.

Naevus linearis. Morrow zeigte eine junge Patientin mit einem seit zwölf Jahren bestehenden linearen Naevus am Nacken, Hals und Rücken.

Langdauernder Lupus. Die Affektion besteht seit 20 Jahren. Morrow behandelt dieselbe jetzt mit punktförmiger Skarifikation mit dem Galvanokauter.

Lineare Hautatrophie. Von Fox wurde eine junge Patientin mit einer seit mehreren Jahren bestehenden linearen Atrophie der Haut auf der linken Schulter gezeigt. An der betroffenen Stelle fällt ein eigentümliches Klaffen der Follikelmündungen auf.

Pityriasis rubra. (?) Dieser Fall wurde von Jackson zum Diagnostizieren vorgestellt. Die Kranke stammt aus Italien; spezifische Infektion wird geleugnet; vor drei Jahren zeigten die Hände ähnliche Läsionen wie jetzt und heilten auf innerliche Gaben von Jodkalium. Bei der Aufnahme im Oktober 1897 waren nur die Handteller und die Finger affiziert, inzwischen hat sich die Affektion bis auf die Oberarme hinauf ausgebreitet, und auch sonst am Körper haben sich zahlreiche Stellen von unregelmäſsiger Gestalt, aber mit scharf markiertem Rande entwickelt. Die dabei auftretende Schuppenbildung erinnert an Psoriasis, aber nach Entfernung der Schuppen zeigt die Haut das glänzende, rote Aussehen der Pityriasis rubra. Sekretion ist nicht zu bemerken. Nach verschiedentlicher vergeblicher Behandlung nimmt Patientin jetzt mit gutem Erfolge Jodkalium innerlich bei lokaler Applikation von reinem Olivenöl.

Eine polymorphe Hauterkrankung; tuberkulöse Halsdrüsen. Die von Bronson seit etwa drei Jahren behandelte Frau zeigt einen sehr vielfältigen Hautausschlag; derselbe äuſsert sich meist als ein Erythem von dunkler Farbe in Form eines Halbmondes oder als Knötchen, manchmal auch mit groſser Ähnlichkeit mit Lupus erythematodes, gelegentlich auch mit Pusteln oder Borken. Die Halsdrüsen sind wiederholt durch Operationen entfernt worden und der Ausschlag verging dann auch, kehrte aber nachher immer wieder. Bei innerer und äuſserer Anwendung von Resorcin ist das Leiden nicht mehr hervorgetreten; alle anderen therapeutischen Versuche scheinen erfolglos gewesen zu sein.

Rhinosklerom. Klotz präsentierte eine nunmehr 43jährige Frau, welche bereits 1894 mit dieser Affektion vorgestellt worden ist. Auſser der Nase sind die Lippen, die Schleimhaut der Mundhöhle, Rachen und Zahnfleisch befallen worden; bei lokaler Behandlung mit dem Galvanokauter, Thermokauter, Elektrolyse und Queck-

Silbersalbe bei innerer Darreichung von Sarsaparilla ist der Zustand ziemlich in Schranken gehalten worden. Die Kranke stammt aus Hessen.

Keratosis follicularis. Dieser von ELLIOT demonstrierte Fall betrifft eine 50jährige Deutsche, welche vor zwölf Jahren von ihm mit der Diagnose einer ungewöhnlichen Form von Keratose in Behandlung genommen wurde. Es waren damals dieselben Gebiete ergriffen wie jetzt, Fuſs und Knie. Nach ausgiebiger Kürettierung war bis vor einem Jahr kein Rückfall zu bemerken gewesen. In den entfernten Massen wurden Körperchen wie Psorosperme nachgewiesen und auch im übrigen stimmten die Symptome mit den Beschreibungen von MORROW, WHITE, DARIER überein. Eine Tochter hat nachweislich und ein Sohn mit Wahrscheinlichkeit dieselben Erscheinungen. Kopfhaut, Hände, Vorderarme sind auch beteiligt.

WHITE machte Angaben über zwei von ihm beobachtete Fälle; bei dem einen sehr weit vorgeschrittenen war namentlich die Schamgegend affiziert.

Adenoma sebaceum. FOX stellte zwei junge Mädchen mit dieser Affektion vor; bei dem einen ist die Krankheit in spontaner Neubildung begriffen.

Sarcoma maculosum, melanoticum, LUSTGARTEN stellte eine 36jährige Russin vor, welche sonst stets gesund, vor fünf Jahren eine makulöse Pigmentierung an der Stirn acquirierte. Die Affektion breitete sich allmählich auf die Sklera und in den Fundus des linken Augapfels aus. Mit dem Augenspiegel sieht man die gleiche Pigmentierung namentlich in der Nähe des Nervus opticus. Die mikroskopische Untersuchung ergab Sarkombildung.

Ernährungsstörung der Haare. Diese von FOX gezeigte Anomalie hat sich in der Kindheit im Anschluſs an einen ausgedehnten Ausschlag am Gesicht und der Kopfhaut entwickelt. Favus liegt nicht vor.

Pityriasis rubra pilaris (Lichen ruber). Von demselben wurde eine Frau mit dieser Anomalie vorgestellt. Es sind namentlich die Arme und Oberschenkel ergriffen. Der Fall ist zuerst von einem Mitglied der Assoziation als Ekzem behandelt worden, und Vortragender sowie mehrere Mitglieder der New York Dermatological Society waren anfangs über die Diagnose auch im Zweifel. Die charakteristische Lokalisation und die runzeligen Gebilde auf der Glutäalgegend und den Oberschenkeln sichern die Diagnose.

Doppelseitige Keratosis bei Mutter und Kind. SHERWELL stellte eine Frau vor mit Keratose, sowohl beider Hände und beider Füſse. Dieselbe, 29 Jahr alt, hat ihr ganzes Leben lang diese Anomalie dargeboten, und ihr zu gleicher Zeit vorgestelltes Kind von 14 Monaten zeigt ähnliche Läsionen an denselben Stellen.

Symmetrische Hautatrophie. Es handelt sich um eine Frau, Patientin von FORDYCE, welche an den Ellenbogen, Händen, Knien und Fuſsgelenken symmetrische Gebiete von atrophischen Veränderungen nach vorherigem Erythem aufweist. Vor sechs Monaten hatte sie eine Hemiplegie und es sind auch andere Symptome seitens des Nervensystems hervorgetreten. In der Neurological Society wurde von einigen Mitgliedern die Diagnose Syphilis gestellt.

Vaccinia. ALLEN zeigte ein Kind im Säuglingsalter mit disseminierten Impfläsionen; dieselben bestehen jetzt fünf Tage lang und waren zehn Tage nach dem Impfen aufgetreten.

Psoriasis mit Beteiligung der Finger- und Zehennägel und Schwellung der Endphalangen der Finger. Der von KLOTZ vorgestellte Patient ist bereits zweimal in der New York Dermatologial Society gezeigt worden. Bei Arsenikbehandlung trat eine wesentliche Besserung ein, auch an den von der Schwellung betroffenen Gliedern. Letztere ist ihrem Wesen nach nicht ganz leicht zu erklären; für Rheumatismus, Arthritis, Neurosen fand sich kein Anhaltspunkt.

Lepra. Eine Deutsch-Russin, die seit sieben Jahren in Amerika gelebt hat, wurde von LUSTGARTEN vorgeführt. An ihren Händen und Vorderarmen zeigt sie elephantiastische Veränderungen und in letzter Zeit sind Knoten hervorgetreten.

Melanosis cutis; atypischer Morbus Addisonii. Derselbe stellte auch eine 22jährige Frau vor, welche nach der Überfahrt auf dem Dampfer nach vorheriger Dyspepsie eine eigentümliche netzartige Pigmentierung auf Brust und Rücken darbot bei grofser Hinfälligkeit und Abnahme an Gewicht. Zeitweilig ist eine vorübergehende Besserung zu bemerken gewesen. Nebennierenextrakt ist ohne wesentlichen Erfolg gegeben worden; Pilokarpin gab eine gewisse Besserung.

Allgemeine Vitiligo. Der Patient, in Behandlung von ALLEN, zeigt neben fortschreitender Vitiligo mit starker Pigmentierung auch typische Ringe von seborrhoischem Ekzem auf Brust und Rücken.

Vitiligo am Scrotum und Penis. Gleichfalls von ALLEN wurde ein Patient mit ausgesprochener Vitiligo vorgestellt. Ein Hauptmoment bei diesem Fall war der unerträgliche Juckreiz an der Genitalgegend. *Philippi-Itzehoe.*

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 28. Februar 1899.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* August 1899.)

H. G. PIFFARD demonstriert einen **Fall von multipler Keratosis palmarum et plantarum.** Die Affektion besteht bei dem jungen Manne seit vielen Jahren und hat sich bisher unter einer zweckmäfsigen Therapie gebessert um jedoch nach Aussetzen derselben immer wieder von neuem auszubrechen.

KLOTZ empfiehlt innerlich Pilokarpin, äufserlich die Applikation eines 10%igen Salicylseifenpflasters.

G. H. FOX sah einen sehr schweren Fall von Keratosis unter 20%igem Salicylpflaster vollständig abheilen.

G. T. JACKSON demonstriert einen **Fall von Lepra anaesthetica,** die der 22jährige, etwas leichtlebige Jüngling nur in den Vereinigten Staaten acquiriert haben kann.

Einige der anwesenden Mitglieder führen Beispiele von in Nordamerika autochthonen Leprafällen an.

KLOTZ demonstriert ein 3jähriges Kind mit **Mifsbildung der Fingernägel und Eccema digitorum.** Die Affektion begann zuerst mit Eiterung in der Matrix eines Fingernagels, später wurden alle Nägel in ähnlicher Weise befallen. Im Anschlufs an die Nagelaffektion entwickelte sich das Ekzem der Finger.

KLOTZ demonstriert ferner einen **Fall von kongenitalem universellen Xeroderma oder Ichthyosis** bei einem 3jährigen Kinde, dessen Haut am ganzen Körper blafs, trocken, rauh, schwach verdickt und mit feinen, nicht festhaftenden Schuppen bedeckt ist. Die Schweifs- wie Talgdrüsensekretion scheint völlig aufgehört zu haben. Der Zustand entwickelte sich gleich nach der Geburt und hat sich seitdem nicht wesentlich geändert. Die Gesichtshaut ist dünn, glänzend, atrophisch und ist an verschiedenen Stellen von Ekzem befallen.

Unter Einreibungen mit Lanolin, Vaselin zu gleichen Teilen und 1%iger Salicylsäure ist in kurzer Zeit bedeutende Besserung eingetreten.

Einen **Fall von Epithelioma des Gesichts** bei einer 38jährigen Frau demonstriert C. W. ALLEN. Das eine Epitheliom sitzt auf der Stirn, das andere kleinere an der Oberlippe. In ätiologischer Beziehung interessant ist, dafs sich die Epitheliome

an der Stelle von Brandwunden entwickelt haben, die die Patientin beim Brennen von Locken erlitten hat.

G. H. Fox demonstriert einen **Fall von Vitiligo und Morphoea** bei einem Knaben. Die Affektion entwickelte sich vor 18 Monaten an Brust, Rücken und Oberschenkeln. Nach der Ansicht des Redners sind beide Affektionen unabhängig von einander entstanden. Der Patient hat aufserdem an der Innenfläche des linken Oberschenkels eine grofse, rote, narbenähnliche, warzenartige Plaque, die in Gröfse und Aussehen seit der frühesten Kindheit unverändert geblieben ist. Redner möchte für dieselbe die Bezeichnung „Papilloma lineare" derjenigen eines „Naevus unius lateris" vorziehen.

Klotz berichtet sehr ausführlich über einen **Fall von Sklerodaktylie.** Die Affektion bei der 34jährigen Frau, Mutter von vier Kindern, vor acht Jahren mit einer trommelschlägerartigen Verkürzung der Endphalangen aller Finger. Die Nägel waren losgelöst von dem Nagelbette durch dicke hornige Massen. Die Haut der Fingerspitzen selbst war teilweise ganz weifs, teilweise mit horniger Epidermis dick belegt. An einigen Stellen waren tiefe Risse zu sehen, welche wegen ihrer Schmerzhaftigkeit den Gebrauch der Finger sehr beeinträchtigten. Pollitzer, welcher die Patientin im Juli 1898 sah, beschreibt die Fingerspitzen als „keulenförig", bedeckt mit sehr gespannter Haut. An verschiedenen Stellen des Gesichtes, Rückens, der Kopfhaut sind Anzeichen eines schuppigen, seborrhoischen Ausschlages vorhanden. Die Haut namentlich beider Wangen, der Nase und des Kinns ist, wenn auch nicht unbeweglich, so doch sehr gespannt. Die aufserordentliche Empfindlichkeit der Finger gegen Kälte und gegen jede Berührung oder leichte Verletzung hat das Leiden der Patientin zu einem überaus lästigen gemacht, zumal die angewandte Therapie sich wenig erfolgreich erwiesen hat.

S. Lustgarten stellt einen jungen Mann vor mit **Röntgenstrahlendermatitis.** Der Patient befand sich eine Zeit lang in der Nähe der X-Strahlen täglich 4 Stunden, war denselben direkt nur wenige Minuten ausgesetzt. Nach zehn Tagen wurde an der rechten Hand, an der rechten Seite des Kopfes und Gesichtes starke Röte wahrgenommen. Einige Wochen später wurde die Haut nekrotisch. Im ganzen bot sich dem Arzte das Bild einer Verbrennung zweiten Grades dar, die nur langsam abheilte.

H. H. Whitehouse demonstriert einen **Fall von universellem Fibroma molluscum,** bei welchem sich eine konsequent durchgeführte Arsenikkur sehr wirksam erwiesen hat. Es verschwand unter dem Gebrauche von asiatischen Pillen innerhalb von sechs Monaten etwa die Hälfte aller Tumoren.

Sherwell bemerkt, er sei von der resorbierenden Wirkung des Arsens auf Tumoren, die viel frisch gebildetes Bindegewebe enthalten, überzeugt. Auch in einem Falle von multiplem Hautsarkom habe er vom Arsenik einen geradezu wunderbaren Effekt beobachten können.

Sitzung vom 28. März 1899.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* September 1899.)

James C. Johnston demonstriert einen **Fall von Prurigo mitis (Hebra)** bei einem 4jährigen, in Amerika geborenen, von italienischen Eltern stammenden Knaben. Nach Whites Ansicht soll die Affektion in den Vereinigten Staaten nur bei Kindern ausländischer Eltern auftreten.

Die Diagnose wird von mehreren Mitgliedern angezweifelt.

Elliot: **Über eine Behandlung des Lupus erythematosus.** Redner hat nach der Empfehlung von Hans v. Hebra zwei Fälle von ausgedehntem Lupus erythematosus mit Applikationen von absolutem Alkohol behandelt und sehr zufriedenstellende

Resultate erzielt. Die Behandlung ist sehr einfach, verlangt jedoch Gewissenhaftigkeit und Ausdauer seitens der Patienten. Es wird ein Wattetampon in absoluten Alkohol, dem etwas Menthol hinzugefügt werden kann, getaucht und auf die erkrankte Hautpartie gelegt; man läfst die Flüssigkeit verdunsten und wiederholt mehrere Male hintereinander diese Prozedur. Im Laufe des Tages soll der Patient 40—50 mal im ganzen die Applikation machen. Elliot hält diese Behandlungsmethode eines ausgedehnten Versuches für wert, um so mehr, als die Applikationen keine Hautreizung hervorrufen.

Morrow hat 2—3 Fälle mit einer Kombination von Menthol und Alkohol ebenfalls erfolgreich behandelt.

Über die Wirkung der äufserlichen Applikation von Fowlerscher Lösung bei Lupus erythematosus gehen die Ansichten der Mitglieder auseinander. Elliot und Jackson haben nur starke Hautreizung ohne besonderen Heilaffekt beobachtet.

Johnston berichtet über einen **Fall von Trichophytie der Nägel**, welcher unter der Applikation von reinem Jod in einer gesättigten Jodkaliumlösung geheilt worden ist, nachdem er vorher lange Zeit allen angewandten Mitteln hartnäckig widerstanden hat.

Demodex Folliculorum, von J. A. Fordyce. Vortragender bemerkt, dafs Holder jüngst zwei Fälle von Rosacea mikroskopisch untersucht und eine grofse Anzahl von Demodex folliculorum in den Talgdrüsen vorgefunden habe.

Elliot erinnert an einen Fall von papulo-pustulösem Ausschlag, welcher auf die Anwesenheit des Demodex zurückgeführt worden ist.

Johnston sagt, dafs auf dem letzten italienischen Kongresse über zwei Fälle berichtet worden sei, bei welchen der Demodex eine Verfärbung der Haut, klinisch identisch mit der Pityriasis versicolor, hervorgerufen habe.

Allen hat vor zwei Jahren eine Frau mit eigentümlichen Efflorescenzen im Gesichte gesehen, die denen des Molluscum contagiosum glichen, bei welchen mikroskopisch der Demodex in lebenden Exemplaren nachgewiesen wurde.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1899. Heft 8 u. 9.

Die Verteidigung der Haut gegen die Mikrobien, von R. Sabouraud. In der vorliegenden Abhandlung geht Verfasser von der Annahme aus, dafs sich in den bakteriellen Hauterkrankungen ein Kampf der Hautelemente gegen die eindringenden Mikrobien widerspiegele. Die Parasiten, so sagt er, suchen sich in Cutis und Epidermis einzunisten und diese wehren sich dagegen. Die Art aber, wie sie sich wehren, die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die dieser Kampf ums Dasein hervorruft, das alles ergiebt sich mit Notwendigkeit aus den biologischen Eigenschaften der Hautelemente. Nach S. lassen sich demnach die histopathologischen Veränderungen bei den bacillären Dermatosen rein mechanisch erklären, für das Eingreifen von Toxinen bleibt hier gar kein Raum, und der Typus der Veränderungen ist bei sämtlichen infektiösen Hautkrankheiten im wesentlichen derselbe. Wer diese Voraus-

setzungen des gelehrten Verfassers teilt, der wird gegen seine weiteren Ausführungen nichts einzuwenden haben. Aber auch wer anderer Meinung ist, wird die geistvolle Darstellung willig und gespannt bis zu Ende verfolgen.

Aus drei Elementen setzt sich die Haut zusammen: Aus den Zellen der Epidermis, aus den fibrösen Zellen der Cutis und aus den Wanderzellen, die sich in Ober- und Unterhaut finden. Mit diesen drei Zellenarten haben die eindringenden Mikrobien den Kampf zu bestehen. Jede dieser drei Zellarten hat ihre bestimmte Funktion und jede kann nur auf einen Angriff mit einer Steigerung ihrer Funktion antworten. Demnach wird sich die Epithelzelle durch rasche und reichliche Bildung von Hornzellen, die fibröse Zelle durch Schaffung einer fibrösen Schicht und die weifsen Blutkörperchen endlich werden sich durch Anhäufung um den Feind verteidigen. So kommt es zur Hyper- und Parakeratose, zur Fibroplastik und zur Phagocytose. Auch klinisch machen sich diese Abwehrversuche der drei Hautelemente bemerkbar uod zwar als Exfoliation, als Verhärtung — Hyperplasie von Bindegewebe — in der Tiefe und als Eiterung.

In dieser neuen Weise deutet S. nun die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Haut bei infektiösen Erkrankungen der Cutis und Epidermis aus und zeigt in lichtvoller und bestechender Weise, dafs und warum bei Akne, Impetigo, Lupus, Furunkel u. s. w. die Vorgänge sich genau so abspielen müssen, wie wir es immer beobachten, dafs es in dem einen Fall mit Notwendigkeit zur Abschuppung, in einem andern zur Eiterung, in einem dritten zur Knötchenbildung kommen mufs u. s. w. „Das also, was wir zufolge einer sonderbaren Begriffsverwirrung „Lésion microbienne" nennen, ist nur der sichtbare Ausdruck eines Verteidigungswerkes, das der Organismus sich selber geschaffen hat." Schliefslich spricht S. die Erwartung aus, dafs auf Grundlage dieser neuen Prinzipien eine rationelle Klassifikation der Dermatologie sich werde ermöglichen lasen. — Die Aufmerksamkeit des Lesers sei nochmals auf diese auch stilistisch hervorragende Arbeit hingewiesen.

Ein Fall von Sarkom unter dem Bilde der Mykosis fungoides „d'Emblée", von A. J. Minne-Gent. Bei dem jetzt 27jährigen Patienten hatte sich zuerst vor fünf Jahren auf dem rechten Schulterblatt ein schwarzer gestielter Tumor entwickelt, der seiner Zeit abgetragen wurde. An dieser Stelle bildete sich dann ein schwarzer Flecken, auf dem zwei neue Knoten wuchsen. Nach mehrmaliger Operation, die wegen Nachwuchs weiterer Tumoren nötig wurde, entstand an dieser Stelle eine strahlige Narbe. Dafür traten aber im Laufe der nächsten Jahre an den verschiedensten anderen Körperteilen neue Knoten in die Erscheinung, sodafs Patient zur Zeit seiner Aufnahme ins Krankenhaus deren eine grofse Menge darbot. Aufserdem bestand Schwellung zahlreicher Drüsen. Auf dem rechten Arm sitzt ein grofser, exulcerierter Knoten. Die Tumoren entstehen als kleine harte Knötchen in der Cutis; die Epidermis darüber färbt sich mit ihrem zunehmenden Wachstum dunkel weinhefefarben. Anfangs schmerzlos werden die Knoten sehr schmerzhaft, wenn sie sich ganz entwickelt haben. Unter zunehmenden Schmerzen, Schlaflosigkeit, gänzlichem Appetitmangel, Durchfällen und abendlichem Fieber ging Patient zu Grunde. Die Therapie — Arseneinspritzungen und Jodkalium — hatte sich machtlos erwiesen. Die Sektion erwies, dafs die inneren Organe zahlreiche Metastasen enthielten. Die Tumoren entstanden, wie die mikroskopische Untersuchung zeigte, in der Subcutis und drangen von hier aus in die Cutis ein. Sie hatten einen alveolären Bau und setzten sich aus Sarkomzellen zusammen, die teilweise Melaninkörner enthielten.

An diesen Fall knüpft M. eine Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Mykosis fungoides „d'emblée" (Vidal und Brocq). Er weist auf die vielfachen Analogien hin, die zwischen seinem Fall und der von Vidal und Brocq auf-

gestellten Varietät bestehen, betont aber auch andererseits die nahe Verwandtschaft seines Falles mit dem Melanosarkom, wie es besonders von Funk beschrieben ist, und erklärt eine klinische Unterscheidung zwischen den beiden Formen oft für recht schwierig. Erst das Mikroskop kann die richtige Entscheidung bringen; er wies den Fall unzweideutig zu den Sarkomen. In einer kurzen Schlufsbemerkung streift er die Frage, ob die Mykosis fungoides „d'emblée" wirklich einen besonderen Typus darstelle. Er nähert sich der deutschen Auffassung, die in der Mykosis fungoides vera eine Varietät der Sarkomatose erblickt und verweist den Typus von Vidal und Brocq zu der Lymphadenia cutanea.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Psoriasis, von L. Kopytowski-Warschau. K. hat 1895 eine ausgedehnte Arbeit über die Histologie der Psoriasis in russischer und polnischer Sprache veröffentlicht, die — es klingt wie eine Klage und wie ein Vorwurf — in keine Litteratursprache übersetzt ist. Verfasser giebt jetzt selber einen Auszug aus jener Studie, um seine Prioritätsrechte zu wahren. Seine Untersuchungen erstrecken sich auf 26 Fälle und 2000 Schnitte. — Die Hornschicht fand sich immer verdickt und in wellige transversale Streifen zerlegt. Ihre Zellen enthielten regelmäfsig einen färbbaren Kern, waren nie homogenisiert und verhielten sich je nach ihrer Art gegen die Farbstoffe verschieden. Häufig war die Hornschicht von Leukocyten infiltriert, mehrmals wurden auch kleine mit Serum gefüllte Höhlen angetroffen. Die Schleimschicht war immer stark, aber ungleichmäfsig verdickt, je nach der Dauer und dem Stadium der Psoriasis; die Anhäufung von Leukocyten in den intercellulären Räumen der Schleimschicht war noch stärker als bei der Hornschicht; auch die serösen Ansammlungen wurden in jener beobachtet. In mehreren Fällen fanden sich im Corpus mucosum, an der Grenze der Papillen, Spindelzellen, die viel gröfser waren als diejenigen des Rete Malpighii; sie schienen vom papillären Gewebe ins Innere des Corpus mucosum einzudringen. Diese Gebilde wurden von zahlreichen früheren Autoren für Wanderzellen gehalten. Dem tritt Verfasser mit guten Gründen entgegen; er schreibt ihnen vielmehr einen endothelialen Ursprung und die Aufgabe zu, neue Gefäfse zu bilden.

Auch an der Cutis fanden sich zahlreiche Veränderungen. Hier waren die Papillen immer hypertrophisch, enthielten häufig spindelförmige Bindegewebszellen, leukocytäre Infiltration, Ekchymosen; die Gefäfse waren erweitert, mit roten Blutkörperchen angefüllt und längs ihres Laufes zellig infiltriert. An den Haaren, den Talg- und Schweifsdrüsen bestand nur geringe Veränderung. Von einer Nervenbeteiligung konnte Verfasser trotz eifrigsten Suchens nichts entdecken.

Diese Befunde lassen nach K. nur eine Deutung zu: Die Psoriasis stellt einen entzündlichen Prozefs dar. Die gleichfalls vorhandenen parakeratotischen Veränderungen lassen sich ungezwungen als eine Folge des entzündlichen Vorgangs auffassen. Zwischen beiden Prozessen besteht nämlich ein unverkennbarer Zusammenhang: Je stärker die Entzündungserscheinungen in den Papillen auftreten, um so reichlicher erfolgt die sekundäre Hypertrophie im Rete Malpighii mit Bildung von Hornmassen. Die letzte — bakterielle oder nervöse — Ursache der Psoriasis zu ermitteln, ist dem Verfasser noch nicht geglückt.

Was läfst sich gegen die Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten durch die Männer thun? von Hallopeau. H. schlägt dreierlei vor, um der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch die Männer vorzubeugen: Ärzte und Behörden sollten durch Belehrung und durch öffentlichen Anschlag an allen geeigneten Plätzen die Kranken darüber aufklären, welche Gefahr sie für ihre Mitmenschen bedeuten. Es sollte ferner eine grofse Anzahl von Anstalten errichtet werden, in denen die Venerischen kostenlos Behandlung und Arznei erhielten und endlich sollten die geeig-

netsten Mittel zur Behandlung gewählt werden, Protargol gegen akuten Tripper, Jodoform gegen Ulcus simplex; Entfernung des Ulcus durum, wo es angängig ist, mittelst Messer oder Scheere; oder Zerstörung desselben und der syphilitischen Schleimhautplaques durch das Hydrargyrum nitricum. *Türkheim-Hamburg.*

Dermatologisches Centralblatt.

1899. No. 11.

Über hysterische Hautaffektionen, von C. Rasch. Die Hysterie kann die Ursache einer Reihe von Hautleiden werden: Erytheme, Ekchymosen, Dermatographismus, weifse Ödeme (Sydenham), blaue Ödeme (Charcot), Pemphigus, solitäre und multiple Gangrän, ekzematiforme Dermatitis. Verfasser beschreibt einen Fall multipler gangränöser Ulcerationen, die er bei einer hysterischen Frau beobachtet. Es handelte sich um Blasenbildung, die in Neurose ausging und zur Entstehung von Narbenkeloiden führte. Die Patientin gab schliefslich selbst zu, dafs sie sich die meisten Blasen durch Kantharidenpflaster selbst erzeugt hatte. Dafs sich Gangrän daran schlofs, was bei normalen Individuen doch nicht der Fall ist, will Verfasser durch bei Hysterischen vorhandene Neigung zu vasomotorischen und trophischen Störungen erklären. — Verfasser neigt zu der Annahme, dafs die Hysterie an sich derartige Gangrän nicht verursache, vielmehr ein artifizielles Moment (Trauma, chemische Ätzung etc.) den Anstofs zu derselben gebe.

No. 12.

Über eine ungewöhnliche Lokalisation des Molluscum contagiosum, von F. Sprecher. Ein 15jähriges Mädchen, das etwas an Fufsschweifsen leidet, bequeme Schuhe trägt, zeigt seit drei Monaten am äufseren Fufsrande eine Knotengruppe, auf welche später weitere Efflorescenzen folgten, die anfangs stark jucken. Später, als sie gröfser geworden, wurden sie durch den Druck des Schuhwerks sehr schmerzhaft. Die Gröfse schwankte zwischen derjenigen einer dicken Erbse. Es handelte sich um Molluscum contagiosum.

Zur Frage der Pathogenese der hereditären Syphilis, von J. J. Karvonen. Auf die Bemerkungen, welche Hochsinger im *Dermatologischen Centralblatt* an die Arbeit von Karvonen betreffs der Entstehung hereditär-luetischer Veränderungen knüpfte, erwidert letzterer, dafs er besonders in zwei Punkten von Hochsinger mifsverstanden sei; da er einerseits nicht alle entzündlichen Momente bei der Pathologie der hereditären Syphilis verneint habe, andererseits eine primäre Entwickelungshemmung nicht nur im Stützgewebe angenommen habe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.

Band XI. September 1899.

I. **Beobachtungen über einige neuere Methoden der Behandlung des Lupus vulgaris,** von J. M. H. Macleod. Verfasser unterzieht zunächst die Radiotherapie des Lupus einmal mittelst des Finsenschen Lichtapparates, dann mittelst der Röntgenstrahlen einer eingehenden, kritischen Besprechung. Wenn auch an den Erfolgen der Finsenschen Lichttherapie nicht zu zweifeln ist, so bleibt die Frage der Recidive wegen der kurzen Zeit noch in suspenso. Im übrigen kann sich Verfasser des Eindruckes nicht erwehren, dafs man mit einfacheren, sachgemäfs angewandten Methoden gleich günstige Resultate in demselben Zeitraume erzielen kann.

Die Reaktion des Lupus erythematosus auf die Finsenschen Strahlen war keine

konstante, und man ist zu der Vermutung gelangt, dafs wahrscheinlich diejenigen Fälle, welche eine Reaktion zeigen, tuberkulöser Natur sind, während die anderen, welche sich auf die Lichttherapie reaktionslos verhalten, wirkliche Fälle von Lupus erythematosus sind.

Bei der Röntgentherapie des Lupus vulgaris verhält es sich hinsichtlich der Recidive ähnlich wie bei der Finsenschen Behandlung, ebenso wie diese, erfordert auch jene eine lange Zeit, um einen nennenswerten Erfolg zu erringen. Verfasser geht dann zur Besprechung der operativen Behandlung des Lupus über und stellt, den Ratschlägen Langs folgend, die Hauptgesichtspunkte hinsichtlich der Erlangung guter Heilresultate in nachstehenden Sätzen auf:

1. Die Excision soll wenigstens 1/4 Zoll über den erkrankten Rand hinaus ausgeführt werden.

2. Die Haut und die obere Hälfte des subcutanen Fettgewebes der erkrankten Partie sind zu entfernen.

3. Die zu transplantierenden Hautlappen sind von einer geeigneten Körperstelle auszuwählen; z. B. bildet nach Excision eines Lupus der Wange ein Hautlappen von der Vorderfläche des Oberschenkels eine vorzügliche Narbe.

4. Der Hautlappen soll nicht nur aus Epidermis sondern auch aus der Cutis bestehen und sorgfältig abgemessen sein, damit er beim Schrumpfen den Bezirk des excidierten Lupus genau ausfüllt.

5. Der Hautlappen soll so tief als die Fettschicht ist, ausgeschnitten, dann nach Abkratzen des daran haftenden Fettes transplantiert werden. Die Wunde ist mit steriler Gaze zu verbinden und erst nach zehn Tagen wieder zu besichtigen. Gewöhnlich findet man sie vollständig verheilt.

Verfasser bespricht weiter die neuerdings von Holländer eingeführte „Heifsluftmethode", sodann Unnas „Spickmethode" des Lupus. Wo er die letztere angewandt hat, war er sowohl mit der Zerstörung der Lupusknötchen wie mit den erzielten Narben zufrieden, jedoch hat er keine Gelegenheit gehabt genügende Erfahrungen bezüglich der Recidive nach der Spickmethode zu sammeln.

Was die Thyreoidbehandlung des Lupus betrifft, so bedarf es eines längeren Zeitraumes, um ein bestimmtes Urteil über dieselbe zu fällen.

II. **Klinische und mikroskopische Varietäten des Ringworms**, von J. C. M. Given. Von 50 untersuchten Ringwormfällen betrafen 44 die Kopfhaut, drei die unbehaarte Haut und drei die Bartgegend. Die mikroskopische Untersuchung dieser Fälle förderte die Existenz dreier Hauptgruppen von Parasiten zu Tage, wie sie Sabouraud beschrieben hat, nämlich: das Mikrosporon Audouini, das Trichophyton megalosporon endothrix und das Trichophyton megalosporon ectothrix. Es war nicht schwer die drei Gruppen in gut gefärbten Präparaten von einander zu unterscheiden.

Der Unterschied in der Gröfse der Sporen zwischen dem Mikrosporon und dem Megalosporon war durchaus nicht so grofs und so konstant, wie Sabouraud es angiebt. In demselben mikroskopischen Gesichtsfelde trifft man oft grofse Unterschiede in Gröfse und Gestalt an. Doch ist die Gestalt der Sporen im allgemeinen konstanter und charakteristischer für die verschiedenen Varietäten, als die Gröfse. So ist sie bei Mikrosporon meist rund oder ovoid; beim Endothrix mehr viereckig mit abgerundeten Ecken, ähnlich den in Ossifikation begriffenen Knorpelzellen; beim Ektothrix mehr oblong mit schärferen Kanten.

Die Mycelfäden des Mikrosporon zeigen in Schuppen an der Kopfhaut vielfache und regellose Verästelung, dagegen ist diese im Haarschaft nicht häufig, die Querteilungen der Hyphen zeigen sich in langen, unregelmäfsigen Zwischenräumen, während sie beim Megalosporon häufig und regelmäfsig sind. Was den Modus der

Invasion betrifft, so neigt Verfasser zu der Ansicht, dafs zuerst die Epidermis und dann die Haare befallen werden. In den Schuppen fand sich der Trichophytonpilz immer vor, während er in vereinzelten Fällen in den Haaren fehlte.

Unter den 44 Fällen von Ringworm der Kopfhaut war in 39 das Mikrosporon Audouini und in 5 das Trichophyton megalosporon endothrix vorhanden. In keinem einzigen der Kopfhautfälle wurde das Megalosporon ectothrix gefunden, obgleich sich dasselbe in allen Fällen als Ursache des Ringworms des Bartes erwies.

Eine Beziehung der klinischen Erscheinungen zu den verschiedenen Pilzformen soll sich nach Sabouraud in den Fällen von Ringworm der Kopfhaut darin zeigen, dafs das Mikrosporon nur in den schuppigen, rauhen Fällen mit zahlreichen, abgebrochenen Haarstümpfen, das Megalosporon endothrix in den kahlen glatten, und das Megalosporon ectothrix in den mit Eiterung einhergehenden Fällen angetroffen wird.

Verfasser konnte diese Annahme Sabourauds bei seinen Untersuchungen nicht bestätigen. Das einzige klinische Zeichen, welches für die Anwesenheit des Mikrosporon Audouini charakteristisch zu sein schien, war eine weifse staubige Scheide um die Haarstümpfe, wodurch dieselben ein rauhes Aussehen erhielten. Das Fehlen dieser Scheide schliefst jedoch die Anwesenheit des Mikrosporon nicht aus.

Von Interesse ist, dafs wo mehrere Mitglieder einer Familie befallen waren, in jedem einzelnen Falle sich dieselbe Pilzvarietät nachweisen liefs. Dies scheint ein starkes Argument zu Gunsten der Multiplizität des Trichophytonpilzes zu sein.

Dafs die Fälle mit dem Mikrosporon Audouini der Therapie länger und hartnäckiger widerstehen, wie Sabouraud und Morris es annehmen, hat Verfasser nicht finden können. Im Gegenteil gehörte der Fall, welcher am längsten, nahezu fünf Jahre, bestanden hatte, der grofssporigen Varietät an.

Was das Alter der Patienten betrifft, so befinden sich alle 44 Fälle von Tinea tonsurans unter 15 Jahren. Im Alter von 1—5 Jahren standen 17 Fälle mit Mikrosporon und 1 mit Megalosporon; im Alter 5—10 Jahren standen 19 Fälle mit Mikrosporon und 2 mit Megalosporon; 10—15 Jahre alt waren 3 Fälle mit Mikrosporon und 2 mit Megalosporon.

Unter den 39 Fällen mit Mikrosporon der Kopfhaut waren 23 Knaben und 16 Mädchen. Von den 5 Fällen mit Megalosporon der Kopfhaut waren 3 Knaben und 2 Mädchen.

Oktober 1899.

I. **Ein Fall von eigentümlichen, multiplen Talgdrüsencysten (Steatocystoma multiplex)**, von J. J. Pringle. Die Hautaffektion begann bei dem 21jährigen, kräftig gebauten, sonst gesunden jungen Manne zur Zeit als er sich im Seebade befand, mit einem Knoten dicht beim Nabel. Bis vor 18 Monaten traten ähnliche Knoten an verschiedenen Körperteilen auf. Seitdem hat sich die Zahl derselben vermindert, einzelne sind vereitert, andere „einfach absorbiert“ worden, wie der Patient sich ausdrückt. Gegenwärtig sieht man am Halse, Thorax, Abdomen und Rücken zahllose hirsekorn- bis erbsengrofse, runde, halbkugelige oder semiovale, über dem subcutanen Gewebe frei bewegliche Tumoren. In geringer Anzahl befinden sie sich in der Leistengegend und an den Oberschenkeln. Die meisten zeigen normale Hautfarbe, nur einige der gröfsten Tumoren sehen bläulich aus von den erweiterten Hautvenen, welche an der Oberfläche hinlaufen. Die Geschwülstchen sind auf Druck schmerzlos, die gröfseren prall elastisch, halbfluktuierend. Der Inhalt derselben ist eine neutral reagierende, wie dünne abgerahmte Milch aussehende Flüssigkeit, welche unter dem Mikroskop zahlreiche grofse Fettzellen aufweist, dagegen keine Epithelialzellen, keine Krystalle, noch Mikroorganismen.

Der Patient zeigt an Brust und Rücken keine Komedonen noch Akneknötchen. Er ißt, was in ätiologischer Beziehung vielleicht interessieren könnte, mit besonderer Vorliebe Schweinefleisch in jeder Form und zu jeder Mahlzeit.

Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten großen und eines kleinen Tumors hat Dr. Galloway vorgenommen. Die Haut, sowohl die Epidermis wie die Cutis, schließt nahe der Oberfläche gelegene, von der Epidermis durch eine beträchtliche Coriumschicht deutlich geschiedene Cyste. Eine epitheliale Grenzscheide, an einigen Stellen 1—2, an anderen mehrere Zellschichten dick, umgiebt deutlich die Cyste. Die Gestalt der Zellen, welche diese epitheliale Grenzscheide bilden, ist oval oder sphäroid, bisweilen ein wenig länglich. Niemals gleichen sie den oberen Epidermiszellen, noch zeigen sie irgendwo Neigung sich in Hornzellen umzuwandeln. Sie sind im Gegenteil vom Drüsentypus. Die inneren Schichten der epithelialen Grenzscheide sind in Nekrose begriffen. In engstem Zusammenhange mit der Cyste sieht man stellenweise Läppchen von Drüsenstruktur, die bei genauer Untersuchung wirkliche Talgdrüsenlobuli zu sein scheinen, an vereinzelten Stellen durch Druck atrophisch, an anderen scheinbar noch ganz gesund. Das Epithel dieser Läppchen sieht man in direktem Zusammenhange mit den epithelialen Wandungen der Cyste.

In unmittelbarer Nachbarschaft des Tumors und zwar in der gewöhnlichen Lage in der Cutis befinden sich zahlreiche große hypertrophierte Talgdrüsen.

Die Schweißdrüsenknäuel sind von dem Krankheitsprozesse unberührt. Der cystische Tumor scheint nach den mikroskopischen Befunden durch Hypertrophie einer Talgdrüse, durch Verflüssigung ihres Inhalts und Retention ihres Sekretes verursacht zu werden.

Verfasser bespricht die einschlägige Litteratur. Der einzige Fall, welcher dem vorstehenden gleicht ist der von Bosellini im *Arch. f. Derm. u. Syph.* publizierte. (Vergl. Referat in Bd. 27, S. 349, der *Monatsh. f. prakt. Derm.*) Dubreuilh und Auché haben einen ähnlichen Zustand unter dem Titel „Kystes graisseux sudoripares“ beschrieben. Doch handelt es sich hier wahrscheinlich um einen hyperkeratotischen Prozeß, bei dem gleichzeitig Schweiß- und Talgdrüsen in Mitleidenschaft gezogen sind.

II. **Eine Beobachtung über Leprafieber,** von Alex. Lewers-London. Die 9jährige Patientin mit Lepra maculo-anaesthetica kam am 15. Juni ins Charing Cross Hospital mit einer Temperatur 99,4° F. Am 20. Juni stieg die Temperatur auf 104°, war am Vormittage des 21. auf 100,2° abgefallen, um am Nachmittage wieder auf 104,1° anzusteigen. Gegen Abend und in der Nacht zum 22. Abfall auf 99° F., gegen Mittag und am Nachmittag Anstieg bis 103°, am 23. vormittags Abfall bis auf 98°, sodann nachmittags der höchste Anstieg bis auf 105° F., am nächsten Tage Abfall auf 97,5°. Erst am 25. Juni kehrte die Temperatur zur Norm zurück und ist seitdem (bis 24. Juli) normal geblieben. Der Charakter des Fiebers ist ein intermittierender und erinnert lebhaft an das Malariafieber. Eine genaue von den Doktoren Galloway und Rees vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Blutes hat weder Malariaparasiten noch pigmentierte Leukocyten ergeben.

Hinsichtlich des Auftretens von Fieber bei Lepra hat Verfasser aus der Litteratur festgestellt: 1. daß es beim Ausbruch der Krankheit als eines der Prodromalsymptome (Neisser); 2. während der Invasion und des ganzen Entwickelungsstadiums der Krankheit (Vandyke Carter) auftreten kann; 3. daß die febrilen Symptome hauptsächlich der knotigen Lepra angehören; 4. daß das Fieber häufig den Malariatypus zeigt.

Verfasser zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

a. Es giebt ein essentielles Leprafieber, welches auf die Anwesenheit des Leprabacillus oder seiner Toxine zurückzuführen ist.

b. Dieses Fieber ist, wenn keine Komplikationen da sind, stets intermittierend.

c. Dieses Fieber kann in jedem Stadium der Krankheit auftreten, einschliefslich des sogenannten Prodromalstadiums mancher Autoren und kann, oder auch nicht, von einem Lepraschub begleitet sein.

d. Da alle Formen der Lepra von demselben Leprabacillus abhängen, so kommt das Fieber, wenn auch in verschiedenem Grade, wahrscheinlich in allen Formen der Krankheit vor.

e. Wenn das Fieber einen kontinuierlichen, nicht intermittierenden Typus zeigt, dann ist es auf die Anwesenheit von anderen Toxinen, entweder zusammen mit dem Leprabacillus, oder auch ganz getrennt von diesem wirkend, zurückzuführen.

f. Das essentielle Leprafieber hat wenig klinische Bedeutung, höchstens dafs es die Aktivität und das Fortschreiten des Krankheitsprozesses anzeigt.

III. **Klinische Beobachtungen,** von James Galloway. Fälle von extragenitaler Initialsklerose.

1. Initialsklerose auf der Haut des Rückens. Eine 19jährige, junge Frau kam wegen hochgradiger Anämie in das Great Northern Hospital. Während ihres Aufenthaltes daselbst entwickelte sich bei der Patientin ein charakteristisches, ausgedehntes luetisches Exanthem von papulo-squamösem Typus. Die genaue Besichtigung der Frau ergab auf der Haut des linken Schulterblattes eine scharf begrenzte, ovale, von jähen Rändern umgebene charakteristische Härte. Der Infektionsmodus konnte trotz eingehenden Befragens nicht eruiert werden. — Der Verlauf der Syphilis war ein schwerer. Kurze Zeit darauf entwickelten sich bei der Patientin Symptome von Lungentuberkulose, an der sie nach zwei Jahren starb.

2. Initialsklerose auf der Haut der Wange bei einer 20jährigen, jungen Frau. Der Primäraffekt zeichnete sich in diesem Falle durch seine excessive Gröfse aus, er war rund, hatte einen Durchmesser von 1½ Zoll, zeigte einen scharf begrenzten, erythematösen Rand. Die Oberfläche war erodiert, nässend. Die Submaxillar-, die oberen Cervikal- und die Präaurikulardrüsen waren stark geschwollen. Während ihres Aufenthaltes im Charing Cross Hospital entwickelte sich ein luetischer Ausschlag mäfsigen Grades. Die Patientin hatte mit einem, wie es scheint, syphilitischen Manne Verkehr gepflegt. Über den eigentlichen Infektionsmodus wufste sie nichts anzugeben.

3. Initialsklerose an der Unterlippe bei einer 21jährigen Frau. Der Primäraffekt wurde lange Zeit als solcher nicht erkannt. Alle Drüsen, namentlich die Cervikaldrüsen, waren stark geschwollen. Die nachfolgenden Sekundärerscheinungen waren von sehr schwerem Charakter. Ein allgemeines, desquamatives Erythem bedeckte die etwas ödematöse und verdickte Haut. Hier und da, namentlich aber an den Schultern und Schulterblättern bemerkte man eine beträchtliche Zahl flacher schuppiger Papeln und zahlreiche bis haselnufsgrofse, zum Teil mit Krusten bedeckte Tumoren. Entfernte man die Krusten, so zeigte sich eine geschwürige, nässende, übelriechende Fläche von papillärem oder framboesiformem Charakter. Solche framboesiforme Exkrescenzen waren besonders an der Aufsenseite der Labia majora in grofser Zahl vorhanden. Unter einer regulären Inunktionskur trat rapide Besserung ein.

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 17. August 1899.

I. **Ansprache des Präsidenten der 23. Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Vereinigung,** von John A. Fordyce. Nach einigen einleitenden Bemerkungen mehr geschäftlicher Natur beschäftigt sich Redner mit der

Nomenklatur der Hautkrankheiten. Weil wir in der glücklichen Lage sind, dieselben mit gröfserer Genauigkeit zu differenzieren als die Krankheiten der inneren Organe, sind wir leicht geneigt, zu grofse Bedeutung geringfügigen Modifikationen in dem Charakter, der Gruppierung und Verteilung der Efflorescenzen beizulegen und darüber die wichtigeren Merkmale, welche gewisse Hautkrankheiten gemein haben, zu vernachlässigen. So sehen wir eine grofse Gruppe von entzündlichen Affektionen, welche die verschiedenen Erytheme, Urticariaeruptionen, die Dermatitis herpetiformis, die Purpuraausschläge, den Pemphigus umfafst, zuweilen unter der Einwirkung ähnlicher toxisch wirkender Agentien entstehen und sich ähnlich manifestieren. Wir wissen auch, dafs toxische Agentien von derselben Herkunft sich bisweilen aufserordentlich durch ihre Virulenz unterscheiden oder in ihrer Wirkung durch die individuelle Empfänglichkeit oder eine teilweise erworbene Immunität der erkrankten Person modifiziert werden können. Man sollte deshalb beim dermatologischen Unterricht nicht zu viel Gewicht auf minutiöse Unterscheidungsmerkmale legen, sondern die Hautkrankheiten lieber von gröfseren Gesichtspunkten aus betrachten und Ausschläge, die beispielsweise in ätiologischer Beziehung zu einander stehen, zu Gruppen vereinigen. Unsere Kenntnisse hinsichtlich der Ätiologie vieler Krankheiten sind durch die Untersuchungen der Pathologen und Bakteriologen erweitert und vervollkommnet worden. Redner unterzieht einige der neuesten Forschungen und Theorien, welche die Entstehung und die Variationen krankhafter Zustände erklären sollen, einer interessanten Besprechung.

II. **Akute Blennorrhoe; ihre Verhütung und Heilung**, von Th. G. Youmans. Die zahlreichen und grofsen Gefahren, welche die Blennorrhoe für die Gesundheit und das häusliche Glück vieler Menschen im Gefolge hat, machen es dem gewissenhaften Arzte zur Pflicht, nach Kräften zur Vorbeugung oder zur raschen Beseitigung der Krankheit beizutragen. In Wort und Schrift soll das Publikum auf diese Gefahren aufmerksam gemacht werden. Die hygienischen Mafsnahmen zur Eindämmung und Regulierung der Prostitution sollen verbessert, beziehungsweise erweitert werden. Keinesfalls sollen Prostituierte zu frühzeitig aus der Behandlung entlassen werden. In der Familie soll der Hausarzt durch Belehrung und Aufklärung die Gelegenheiten zu Infektionen vermindern und sorgsam vermeiden durch unreine Instrumente und Hände selbst der Infektionsträger zu sein.

Vor allem soll jeder einzelne Fall gewissenhaft und mit Ausdauer behandelt werden. Verfasser hat die relativ raschesten und nachhaltigsten Erfolge mit heifsen Irrigationen der Harnröhre mit einer Lösung von permangansaurem Kalium (1 : 4000) nach Janet erzielt. Er erklärt einen Fall für geheilt, wenn wiederholte, auf das Vorhandensein von Gonokokken gerichtete mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen stets ein völlig negatives Resultat ergeben haben.

III. **Einige Bemerkungen über Syphilis**, von C. T. Pearce-Cincinnati. Der Verfasser berichtet über folgende Fälle aus seiner Praxis:

1. Eine ganze, syphilitisch infizierte Familie. Zuerst hatte der Familienvater die Syphilis. Derselbe infizierte vor sieben Jahren seine Frau. Vor zwei Jahren erkrankten die 15jährige Tochter und ein 9jähriger Sohn an Syphilis. Das zuletzt geborene, jetzt 2 Jahre alte Kind hatte seit seiner Geburt Stockschnupfen und war fast beständig krank.

Die Symptome, welche die Patienten aufweisen, stellen die Diagnose der syphilitischen Erkrankung aufser Frage.

2. Ein Fall von Syphilis maligna mit tödlichem Ausgange. Ein 46jähriger, unregelmäfsig lebender Cigarrenarbeiter, starker Potator, bekam, während er an einer doppelseitigen Pneumonie erkrankt war, an der linken Seite des Scrotums

einen harten Schanker. Fast gleichzeitig mit dem Auftreten desselben zeigten sich die Sekundärerscheinungen, welche rapide einen pustulösen und ulcerösen Charakter annahmen. Die Behandlung mit Quecksilbereinreibungen und Jodkalium schien keine besondere Wirkung auszuüben. In kurzer Zeit wurden das Septum narium, der weiche Gaumen, ein Teil der Zunge zerstört. Der Zustand verschlimmerte sich zusehends. Nach sechs Monaten starb der Patient an Septikämie. Der rapide Verlauf der Syphilis ist auf den wenig widerstandsfähigen und durch das Potatorium wie durch Krankheiten geschwächten Körper des Patienten zurückzuführen.

3. Initialsklerose der Lippe. Die 21jährige Patientin erkrankte mit einem harten Schanker an der linken Seite der Unterlippe. Sie konsultierte zuerst den Verfasser, der die Natur der Härte und der Vergrößerung der Submaxillar- und Sublingualdrüsen sofort erkannte. Die Diagnose Syphilis wurde jedoch von der Patientin wie von deren Eltern mit Entrüstung aufgenommen. Sie begab sich in die Behandlung eines „Krebsspezialisten", der Epithelioma diagnostizierte und die Sklerose sowie einen Teil der Unterlippe mit „Krebspaste" entfernte. Die Patientin ist jetzt zeitlebens entstellt. Kurze Zeit nach der Beseitigung der Sklerose entwickelte sich ein charakteristisches, syphilitisches, makulo-papulöses Exanthem.

4. Ein Fall von Lebersyphilis. Verfasser hatte den Patienten zum ersten Male vor sechs Jahren mit ausgedehnten papulo-pustulösen Syphiliden gesehen, die in kurzer Zeit unter einer antiluetischen Kur verschwanden. Als der Patient sich im März 1899 wieder vorstellte, waren seine Nasenknochen gänzlich zerstört; er hatte Bauchascites sowie Ödem an den Knöcheln. Die Leber war vergrößert, stellenweise auf Druck empfindlich, der Leberrand uneben. Unter großen Dosen von Jodkalium besserte sich der Zustand derart, daß der Patient, der stark dyspnoisch geworden war, wieder seiner Arbeit nachgehen konnte.

September 1899.

Zwei Epidemien von Alopecia areata in einem Mädchenasyl, von John T. Bowen-Boston. Das Asyl liegt fast im Centrum von Boston und beherbergt Mädchen von 3—14 Jahren. Im Januar 1891 hatte Verfasser Gelegenheit, durch Vermittelung des Dr. Putnam, der zuerst konsultiert worden war, ein 11jähriges Mädchen mit kahlen Stellen auf der Kopfhaut zu sehen. Die Patientin befand sich seit ihrem dritten Jahre in der Anstalt und war niemals mit anderen Kindern als mit solchen des Instituts zusammengekommen. Ihr Allgemeinbefinden war gut. Einige Wochen später erkrankte ein anderes, siebenjähriges Mädchen mit Haarausfall an umschriebenen Stellen der Kopfhaut. Ende Mai zeigte sich bei einer großen Anzahl der Mädchen des Instituts Haarausfall. Als um dieselbe Zeit allen Mädchen das Kopfhaar kurz geschnitten wurde, wie dies jedes Frühjahr zu geschehen pflegte, da zeigte es sich, daß 63 von 69 kahle Stellen auf dem Kopfe hatten. Das Allgemeinbefinden und die Ernährung aller Kinder war gut. Bei der Mehrzahl derselben waren die kahlen Stellen klein und unregelmäßiger begrenzt, als man es bei Alopecia areata sonst gewohnt ist zu sehen. Bei einigen Kindern war die ganze Kopfhaut besprenkelt mit diesen kleinen kahlen Flecken. Am stärksten und mehr diffus befallen war die zuerst erkrankte Patientin. Sie trotzte auch am längsten der angewandten Therapie. Bei einzelnen Kindern war die Haut der kahlen Stellen glänzend und atrophisch. In keinem einzigem Falle fanden sich abgebrochene Haare oder irgendwelche andere klinische Merkmale der Trichophytie. Durchschnittlich kam der Haarausfall nach zwei Monaten zum Stillstand, nach sechs Monaten waren fast alle Stellen wieder mit Haar bedeckt. Wiederholte mikroskopische Untersuchungen der Haare von verschiedenen befallenen Stellen der Kopfhaut ergaben keine Mikroorganismen. Die

Wurzeln der Haare, welche eine kahle Stelle unmittelbar begrenzten, waren atrophisch, während die Medulla normal erschien.

Von den angewandten Heilmethoden leistete keine mehr als die andere.

Die erste Patientin verliefs im April 1894 das Asyl; ob sie damals kahle Stellen hatte, konnte nicht eruiert werden. Sie trat bei einer Herrschaft in Dienst. Kurze Zeit darauf erkrankte der Hausherr mit Alopecia areata. Im Januar 1897 kam das Mädchen, damals 17 Jahre alt, wieder in das Institut, ob mit kahlen Stellen, ist nicht bekannt geworden. Zwei Monate nach ihrem Eintritte wurde ein Mädchen des Instituts von Haarausfall ergriffen, bald darauf einige andere Insassen der Anstalt. Während des Sommers desselben Jahres waren 26 Mädchen von der Krankheit befallen, darunter nur vier, die zur Zeit der ersten Epidemie der Anstalt angehört hatten. Auch bei dieser Epidemie waren weder klinisch noch mikroskopisch Anzeichen von Trichophytie vorhanden. Als hervorstechendstes Merkmal wurde unter dem Mikroskope starke Atrophie der Haartalgdrüsenfollikel wahrgenommen. Die Talgdrüsen waren an Zahl zwar normal, aber die Kerne waren in vielen Fällen aus den Talgdrüsenzellen verschwunden; vereinzelt waren die Zellen zusammen in eine körnige Masse getaucht. Die Haarfollikel waren stark atrophisch und gewöhnlich leer. An einzelnen Stellen war ein Teil der Haarwurzel oder eine hornige Masse zurückgeblieben. Die Schweifsdrüsen waren normal. Um die Gefäfswandungen fanden sich zahlreiche Mastzellen. Auch in einem Falle von seniler Alopecie stiefs Verfasser auf eine grofse Menge Mastzellen. Alle Versuche, Mikroorganismen zu entdecken, fielen negativ aus.

Verfasser knüpft an den Bericht über die erwähnten Epidemien einige Bemerkungen zur Frage der Ätiologie der Alopecia areata. Er steht auf dem Standpunkt, dafs, wenn auch in vielen Fällen die trophoneurotische Natur der Alopecia areata unverkennbar ist, in einzelnen Fällen wenigstens die Kontagiosität der Affektion nicht geleugnet werden könne. *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band IV, Heft 8.

Beitrag zur Kasuistik der aufsergewöhnlichen Lokalisationen der allgemeinen Syphilis. Zwei Fälle von syphilitischer Cystitis, von G. N. Grewzow. Die internen Lokalisationen der Syphilis werden noch immer wenig berücksichtigt. Die luetische Pleuritis wird kaum erwähnt, die Affektionen des Verdauungstraktus im kondylomatösen Stadium sind wenig bekannt, mehr die gummösen Veränderungen. Fast gar nicht erforscht ist die Syphilis der Harnblase. Virchow erwähnt, dafs er luetische Ulcerationen und Narben in der Harnblase gesehen hat; daneben berichtet er noch über durch Syphilis bedingte Hypertrophie und Atrophie der Harnblasenwände. Einen zweifellosen Fall luetischer Cystitis hat Tarnowski beschrieben. Verfasser teilt zwei Fälle eingehend mit. Der erste betrifft eine Frau, die jahrelang erfolglos wegen Cystitis behandelt worden war. Eine Untersuchung des Gesamtorganismus führte dann zur Entdeckung einer Schwellung des rechten Leberlappens, von derben knotenartigen Höckern auf der Leberoberfläche, sodafs die Diagnose auf Hepatitis syphilitica gummosa gestellt werden konnte. Indolente Drüsenschwellungen, eine alte Narbe an der Lippenkommissur erhärteten dieselbe. Eine spezifische Behandlung beeinflufste nicht nur diese Leberaffektion günstig, sondern brachte auch die Blasenbeschwerden, unter Aufhellung des trüben Harns, zum Schwunde. — Als differentialdiagnostische Merkmale zählt Verfasser aus der Beobachtung folgende als für Cystitis luetica sprechend auf: Geringe Reaktion des Gesamtorganismus, Vor-

herrschen der desquamativen Erscheinungen über die entzündlichen, d. h. das Prävalieren epithelialer Zellelemente, der geringe Grad der Harnzersetzung und der Erfolg einer antiluetischen Kur. — Im zweiten Falle handelt es sich um einen vor sechs Jahren infizierten 30jährigen Herrn, der seit vier Jahren an Blasenbeschwerden litt, die allen Heilbestrebungen trotzten. Als er wegen einer perforierenden Nekrose am harten Gaumen einer antiluetischen Kur unterworfen wurde, schwanden gleichzeitig die subjektiven und objektiven Blasenanomalien. — Bemerkenswert ist bei beiden Kranken das Auftreten der luetischen Cystitis in einem späten Stadium der Syphilis.

Heft 9.

Über Gleitmittel zur Einführung urologischer Instrumente, von Felix Schlagintweit. Von den zur Bestreichung urologischer Instrumente benutzten Mitteln ist das Glycerin nicht geeignet, weil es zu hygroskopisch wirkt, Guyons Seifenschmiere wird, namentlich beim Offenstehen käsig hart. Kraus empfiehlt: Gummi tragacanth. 2,5, Glycerin 10,0, Karbolwasser (3%) 90,0. Verfasser füllt diese Mischung in Zinntuben, auf die er sterilierte Trippenspritzenkopfstücke aus weichem Gummi setzt, und bringt vor dem Einführen des Instruments einen grofsen Tropfen in die Fossa navicularis. In dem Moment des Einführens lüftet man die zugedrückte Harnröhre, wobei auch der Harnröhreneingang befeuchtet wird. Das Instrument wird gar nicht eingefettet, gleitet aber ganz glatt hinein. — Die Kraussche Salbe wird gut vertragen und bewirkt trotz des Karbolgehaltes nur einmal leichtes Brennen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Neurotische Entzündungen.

Die Facialislähmung infolge von Herpes zoster, von Klippel und Aynaud. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 15.) Die Fälle, in denen Herpes zoster als zufällige Komplikationen zu einer Facialislähmung hinzutritt, sind strenge zu trennen von den allerdings seltenen Fällen, in denen der Herpes die Ursache der Lähmung ist. Facialislähmung kann entstehen infolge von Herpes zoster des Gesichts, aber auch als Fernwirkung infolge eines Herpes, der nur dem Gesicht benachbarte Partien befällt, das Gesicht selbst aber verschont. Die Lähmung tritt gewöhnlich in den ersten Tagen nach Beginn der Eruption, selten gleichzeitig mit demselben oder einige Zeit (bis zu 14 Tagen) nach vollendeter Eruption auf; möglicherweise wurde in Fällen mit angeblich spätem Auftreten der Lähmung der Beginn derselben übersehen. Zumeist gehen neuralgische Schmerzen der Herpeseruption voraus. Die Lähmung ist fast ausnahmslos einseitig und befällt stets die gleiche Seite wie der Herpes. Gewöhnlich sind nur die Gesichtsmuskeln gelähmt; Parese des Gaumensegels und der Zunge, sowie Verminderung der Geschmacksempfindung sind selten; starkes Ödem der Lider ist häufig. Die Prognose der Lähmung ist gut. Die Therapie besteht in methodischer Anwendung der Elektricität. — Die Facialislähmung infolge von Herpes zoster hat in mehrfacher Beziehung Ähnlichkeit mit der idiopathischen Facialislähmung. Als Ursachen der letzteren wie des Herpes zoster mit konsekutiver Lähmung werden angegeben: Erkältung, nervöse Störungen, Infektion. *Götz-München.*

In der Société médicale des Hopitaux (Sitzung vom 5. Mai 1899) berichten Gaucher und Bernard über einen Fall von **parenchymatöser Nephritis** bei einem 44jährigen Manne, in deren Verlauf aufser wiederholten urämischen Anfällen **Prurigo**, über den ganzen Körper zerstreute **Vitiligo**flecken und allgemeine, rasch zur Kahlheit führende und spontan wieder heilende **Alopecia areata** auftrat. — Prurigo ist bei Nephritis nicht selten; sie ist die Folge einer Autointoxikation. Die Alopecie und die Vitiligo sind als trophoneurotische Störungen aufzufassen, die ebenfalls durch Autointoxikation entstanden sind. (Nach *Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 20.)

Götz-München.

Die Behandlung der Prurigo, von Besnier. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 26.) Prurigo tritt zumeist bei lymphatischen Menschen oder bei Arthritikern auf, und zwar befällt er ausschliefslich Individuen mit reizbarem Nervensystem. Die innerliche Behandlung besteht, wenn es sich um lymphatische Menschen handelt, in lange fortgesetzter Verabreichung von Leberthran, 4—8 Kaffeelöffel voll pro die. Nur wenn dieser nicht vertragen wird, wird dafür folgende, weniger wirksame Mixtur gegeben: Liq. Pearson 10,0, Calc. phospholactic. 15,0, Syrup. jodotannic. 300,0. — Handelt es sich um Arthritiker, so ist die Diät in der gleichen Weise wie bei Pruritus zu regeln; in manchen Fällen ist reine Milchdiät zu verordnen. Aufserdem sind fleifsig Laxantien zu verabreichen. Die von Ducastel bei Prurigo und pruriginösen Affektionen der Kinder empfohlene Milchsäure (6—20 Tropfen pro die am Beginne der Mahlzeiten in Zuckerwasser zu nehmen) wirkt zweifellos ebenso wie sorgfältige Regelung der Diät durch Beseitigung gastrointestinaler Störungen. Verabreichung von Acid. carbolic. (in Pillen 0,05 pro dosi, 0,4—0,6 pro die) mit oder ohne Valeriana, bei lymphatischen Kranken mit Leberthran mildert oft den Juckreiz. Zur Beruhigung des Nervensystems wird Valeriana, Aqua Laurocerasi oder Moschus gegeben, und nur, wenn diese Mittel versagen, Opium, Chloral oder Bromkalium, die alle drei auf die Haut schädlich einwirken. Empfehlenswert ist ferner der Aufenthalt in Bädern mit mineralischen Quellen, sowie Applikationen lauwarmer Douchen auf die Wirbelsäule. — Die äufserliche Therapie soll zunächst die Irritation der Haut beseitigen; sie besteht in Verabreichung von einfachen Bädern oder Bädern mit Zusatz von Kleie oder Stärkemehl, in permanenter Applikation von Kompressen, die mit einem Infus von Hollunderblüten, Kamillen oder Eibischwurzel getränkt sind, in Applikation von Stärkemehlkataplasmen, endlich in Einfettung mit frischem Schweinefett. Wenn Pusteln oder Abscesse vorhanden sind, so dürfen nur diese Mittel angewendet werden; in allen anderen Fällen wird der Juckreiz aufserdem noch mit den gleichen Mitteln bekämpft wie bei Pruritus cutaneus. Ist die Irritation der Haut beseitigt und der Juckreiz gemildert, so wird, um die Affektion selbst zu beseitigen, Oleum cadini eingerieben, das je nach der Empfindlichkeit der Haut mit $^3/_4$ bis zu $^1/_3$ Oleum amygdalarum oder Vaselin oder Unguentum glycerinum vermischt ist. Statt dessen empfiehlt Brocq Applikation des weniger reizenden Leberthrans. Dem Leberthran kann man 0,5—1% Karbolsäure oder 3—5% Naphtol zusetzen. Empfehlenswert ist in manchen Fällen auch die Verwendung reizender Salben, wie Naphtol 3,0—5,0, Vaselin 100,0 oder Acid. salicyl. 1,0—2,0, Vaselin. 100,0. Endlich wirken in manchen Fällen Salz- oder Schwefelbäder, sowie Einreibungen von Schmierseifen oder Schwefelsalbe gut.

Götz-München.

Ein Fall von Erythromelalgie, von Carslaw. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1898.) Die 24jährige Frau leidet seit einiger Zeit an Anämie, Dyspepsie und an brennenden Schmerzen in ihren Beinen. Diese Schmerzen verschlimmern sich, wenn die Patientin herumgeht, sind am ausgesprochensten an den Knöcheln und stets mit erhöhter Haut-

temperatur, tief dunkler Röte und Schwellung der befallenen Hautpartien verknüpft. In der letzten Zeit wurden von der Affektion die Hände und Vorderarme ergriffen. Die Patientin ist im übrigen, namentlich was das Nervensystem betrifft, gesund.

C. Berliner-Aachen.

Akute Exantheme.

Eine eigentümliche Infektionskrankheit, von R. S. Thomson. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1898.) Der Verfasser beobachtete bei 18 indischen Matrosen eine Infektionskrankheit, welche in mancher Beziehung an Variola und Varicellen erinnerte, sich jedoch von beiden in wesentlichen Punkten unterschied. Die Verteilung der Hauteffloreszenzen und der Verlauf des Fiebers war anders als bei Pocken. Die Patienten waren mit Erfolg revacciniert worden, zwei von ihnen hatten bereits die Pocken überstanden. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilung über einige seltene Komplikationen bei Masern, von H. Ganz. (*Prag. med. Wochenschr.* 22. Juni 1899.) Verfasser sah bei einem elfjährigen schwächlichen Mädchen bei typischen Masern als Komplikationen Peritonitis, eitrige Parotitis und bläulichrote, scharlachartige Flecke auf den Streckseiten der Extremitäten. Der Fall endete letal. Verfasser hält die erwähnten Komplikationen für solche septischer Natur. *F. Hahn-Bremen.*

Einen Fall von recidivierender Morbilli beschreibt J. Kain. (*Gyógyászat.* 1898. No. 32.) Das fünfjährige Mädchen machte eine typische Morbilleninfektion durch, welche circa acht Tage anhielt, an welchem Tage bereits im fieberfreien Zustande die kleienförmige Abschuppung eingetreten ist. Kaum nach vier Tagen trat wieder hohes Fieber auf, Conjunctivitis, Bronchialkatarrh; nach zwei Tagen entwickelte sich das typische Morbillenexanthem, vom Kopfe beginnend, gegen die unteren Extremitäten schreitend, ganz ähnlich dem ersten Exanthem, selbst diejenigen Stellen wurden nicht verschont, auf welchen die bereits frühere Abschuppung stattgefunden hat. Das zweimalige Überstehen einer akuten Infektionskrankheit gehört wohl zu den Seltenheiten, umso seltener sind jene Fälle, wo man von einem Recidive in dem Sinne sprechen muſs, bei denen die Eruption nach einigen Tagen sich wieder einstellt, welcher Vorgang nicht als frische Infektion aufgefaſst werden kann.

A. Alpár-Budapest.

Zur historischen Richtigstellung des sogenannten „Koplikschen Frühsymptoms" der Masern, von Weiss. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 25.) Ein Prioritätsstreit; die von Koplik jüngst beschriebenen Fleckchen an der Wangenschleimhaut finden sich schon 1880 von dem dänischen Arzte Flindt beobachtet und beschrieben in den Berichten des dänischen Gesundheitskollegiums. Dieser Bericht ist in Nothnagels „spezieller Pathologie und Therapie" mitgetheilt 1896 von Jürgensen bei der Schilderung der akuten Exantheme. *F. Hahn-Bremen.*

Die im Verlaufe der Masern auftretenden Ohrenkrankheiten, von Rud. Heymann. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 63. Band. 3. u. 4. Heft.) Im Anschluſs an Masern findet sich Otitis externa nicht gerade häufig, ebenso ist gelegentlich Myringitis und Diphtherie des Gehörganges beschrieben; weit häufiger finden sich Erkrankungen des Mittelohrs, die nicht immer klinisch zur Beobachtung kommen, sich dagegen fast stets bei den zur Sektion gekommenen Fällen nachweisen lassen; oft handelt es sich nur um Mittelohrkatarrhe, die im allgemeinen gutartig sind, garnicht selten kommt es

aber auch zur Eiterung mit ihren sämtlichen unangenehmen und gefährlichen Folgezuständen. Auch Labyrinthaffektionen wurden beobachtet, sodafs auch Taubstummheit als Folge der Masern erscheint. Man mufs daher dem Gehörorgan gebührend Beachtung schenken. *F. Hahn-Bremen.*

Masern und Scharlach bei ein und derselben Person gleichzeitig auftretend, von JOHN JOHNSTON. (*Brit. med. Journ.* 31. Dez. 1898.) Ein achtjähriges Mädchen hatte am 31. Oktober 1898 einen voll entwickelten Masernausschlag. Am 10. November wurde Verfasser wieder zu dem Kinde gerufen, das jetzt hohes Fieber, Halsschmerzen und ein deutliches Scharlachexanthem zeigte. Drei Tage hielt der Ausschlag an, verblafste dann allmählich und machte einer ausgedehnten Desquamation Platz. Das Kind genas. An drei im *Brit. med. Journ.*, Oktober, November, Dezember 1894, publizierten Fällen folgte auf das Scharlachexanthem der Masernausschlag; in dem vorliegenden war es umgekehrt. Doch betrug das Inkubationsstadium zwischen dem Ausbruche beider Exantheme in allen Fällen zehn bis elf Tage. *C. Berliner-Aachen.*

Scharlach bei einem neugeborenen Kinde, von A. CORDES. (*Brit. med. Journ.* 3. Dez. 1898.) Eine 39jährige Mutter stand am Ende ihrer fünften Schwangerschaft, als drei ihrer Kinder am Scharlach erkrankten. Sie selbst hatte bereits in der Kindheit Scharlach durchgemacht. Als sie die ersten Anzeichen der bevorstehenden Geburt wahrnahm, begab sie sich nach einem zwei Meilen entfernten Nachbarorte, um hier niederzukommeu und das Kind vor einer Ansteckung zu bewahren. Sie gebar ein hübsches Mädchen, das am zweiten Tage Scharlach bekam und am dritten Tage starb. *C. Berliner-Aachen.*

Studien über die Pocken, von SANFELICE und MALATO. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 25. No. 18/19.) Die Studien, welche die Verfasser bei der im Jahre 1898 in der Provinz Cagliari herrschenden Pockenepidemie über die Ätiologie der Variola machten, ergaben ein sehr bemerkenswertes Resultat. Es wurde nämlich bei allen sechs bakteriologisch untersuchten Leichen von an Pocken verstorbenen Individuen aus den Pusteln, sowie aus Leber und Milz ein Micrococcus isoliert, der die Eigenschaften des Staphylococcus pyogenes aureus besitzt; derselbe fand sich in den inneren Organen zumeist in Reinkultur, in den Pusteln neben verschiedenen anderen Arten von Mikrobien. Einige Hunde, die mit der von den Pusteln abgeschabten und emulsionierten Masse in die Halsvenen geimpft worden waren, starben am siebenten Tage; es fanden sich bei denselben auf der Haut und auf den meisten inneren Organen zahlreiche hämorrhagische Flecken. Aus den von inneren Organen dieser Hunde angesetzten Kulturen entwickelte sich ausnahmslos der genannte Micrococcus. Bei einigen der geimpften Hunde entwickelten sich sieben bis zehn Tage nach der Impfung spärliche Pusteln; diese Hunde starben nicht; aus den Pusteln wurde der mehrfach erwähnte Micrococcus und aufserdem ein Micrococcus, der die Eigenschaften des Staphylococcus pyogenes albus besitzt, isoliert. Einige Hunde wurden mit einer Emulsion, die von der Leber und der Milz von an Pocken gestorbenen Individuen stammte, in die Halsvenen geimpft. Einimpfung kleiner Mengen dieser Emulsion verursachte gar keine pathologischen Erscheinungen; dagegen ergaben sich bei Einimpfung grofser Mengen die gleichen Befunde wie bei Verwendung der von Pusteln stammenden Emulsion. Auch durch Einimpfungen von Reinkulturen des Micrococcus, der die Eigenschaften des Staphylococcus aureus besitzt, in die Halsvenen von Hunden wurden die gleichen Resultate erzielt wie durch Impfungen mit der Pustelemulsion. Die histologischen Veränderungen waren bei den mit der Pustelemulsion, sowie den

mit Reinkulturen des Micrococcus geimpften Hunden die gleichen wie bei den an den Pocken gestorbenen Menschen. Die Parasiten, die in den Geweben der menschlichen Leichen, wie auch in den Geweben der infolge der Impfung verendeten Hunde gefunden wurden, entsprachen den zuerst von Guannieri unter dem Namen Cytoryctes variolae beschriebenen Körperchen. Einspritzungen von Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes albus und citreus, die aus den Pusteln von an Pocken verstorbenen Individuen isoliert waren, verursachten keine pathologischen Erscheinungen. Einigen Hunden wurden Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus, die von Abscessen etc. stammten, in die Halsvene eingeimpft; auch diese Hunde gingen zu Grunde; der pathologisch-anatomische Befund bei denselben war jedoch von dem oben beschriebenen vollständig verschieden. Aus all dem geht hervor, dafs in den inneren Organen und in den Pusteln der an Pocken gestorbenen Menschen ein Micrococcus vorkommt, der zwar dem Staphylococcus pyogenes aureus ähnlich ist, sich aber von diesem durch die pathogene Wirkung unterscheidet, die seine Einimpfung in die Halsvene von Hunden hervorbringt. — Die von den Verfassern an Hunden vorgenommenen Impfungen mit animaler Lymphe hatten ausnahmslos positiven Erfolg. Die vaccinierten Hunde überstehen die endovenöse Impfung mit dem Micrococcus, der aus den Organen von an Pocken gestorbenen Menschen isoliert wurde, und umgekehrt entwickeln sich keine Impfpusteln bei den Hunden, welche die endovenöse Impfung überstanden haben. *Göts-München.*

Variola und die Pflichten der Gesundheitsbeamten unter dem neuen Gesetze. (*Lancet.* 25. März 1899.) A. Ashby kritisiert das Gesetz zumeist in abfälligem Sinne. Die Wirkung, dafs die Gegnerschaft gegen das Impfen dadurch bekämpft werde, sei nicht eingetroffen. — B. Collius sagte, in seinem Distrikt mit 35000 Einwohnern hätten sich nur zwölf Antragsteller für Befreiung von der Impfung gemeldet und die Zahl der thatsächlich vorgenommenen Impfungen sei seit dem Inkrafttreten des Gesetzes gestiegen. — Woodford berichtet, dafs der Ausbruch einer Epidemie von etwa 50 Fällen einer ihm bekannten Landgemeinde nicht weniger als 30000 Mk. Unkosten verursacht hatte. — E. Groves ist grofsen Schwierigkeiten begegnet, als er ein Isolierzelt aufschlagen sollte. Es wollte durchaus niemand ein geeignetes Stück Land dazu hergeben. — Seaton hat ähnliche Erfahrungen gemacht. Auch sind die Leute ebenso feindlich gesinnt gegen die Aufnahme ins Krankenhaus wie gegen das Impfen. — Sykes macht auf einige Irrtümer in der Anmeldung der Fälle und in den Statistiken aufmerksam. *Philippi-Itzehoe.*

Die animale Vaccination im Herzogtum Anhalt, von Wesche-Bernburg. (Leipzig, 1898, Stolte.) Nach einer Darstellung der grofsen Bedeutung der Impfung und deren Geschichte giebt Verfasser in klarer Weise eine Darstellung der Technik der Lymphgewinnung und Lymphanwendung. Aus derselben geht hervor, dafs im Herzogtum Anhalt auf diesem Gebiete musterhafte Zustände herrschen, sodafs für jeden, der sich über Impfinstitute etc. informieren will, die Broschüre sehr belehrend ist. Einige Abbildungen geben die Einrichtung des Instituts in Bernburg wieder.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Temporäre Kontraindikationen der Impfung, von Saint-Yves-Ménard. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 7.) In den Gebärhäusern in Paris werden die Neugeborenen vor dem Verlassen der Anstalt, also im Alter von 1—10 Tagen geimpft, ohne dafs jemals eine Schädigung der Gesundheit oder Unregelmäfsigkeiten in der Entwickelung der Pusteln beobachtet worden wären. Als Gegenindikation dieser frühzeitigen Impfung gilt nur ungenügende Entwickelung des Kindes (Gewicht unter 2500 g). —

Späterhin giebt das Vorhandensein eines lebhaften Erythems oder eines Ekzems Veranlassung, die Impfung zu verschieben. Insbesondere sollen ekzematöse Kinder nur in Zeiten einer Blatternepidemie geimpft werden; vorsichtshalber soll in solchen Fällen, um eine Übertragung der Lymphe auf andere Partien zu verhüten, die Haut nach vollzogener Impfung ringsum die Impfschnitte mit Borsäurelösung gereinigt, die Impfstelle selbst aber mit einem Schutzverband bedeckt werden. *Götz-München.*

Zur Lehre von den Staphylokokken der Lymphe, von Vanselow und Czaplewski. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 25. No. 15/16.) Die Autoren teilen mit, dafs nach den Ergebnissen ihrer Untersuchungen die von ihnen gemutmafsten Beziehungen zwischen dem Impfprozefs und dem Staphylococcus quadrigeminus nicht bestehen, und dafs dem Staphylococcus quadrigeminus keine spezifische Bedeutung zukommt. Zu den gleichen Ergebnissen haben, wie den Verfassern mitgeteilt wurde, die im Institut für Infektionskrankheiten durch Pfeiffer und die in der Berliner Anstalt zur Gewinnung tierischen Impfstoffs durch Schulz angestellten Versuche geführt. *Götz-München.*

Der Lymphebläser, von Voigt. (Therap. Beilage No. 7 d. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 27.) Um das Ausblasen der Lymphe aus den Kapillarröhrchen zu erleichtern, bezw. aseptisch zu ermöglichen, hat Voigt ein kleines Instrument mit Gummihütchen konstruiert, das bequem in einem Etui in der Westentasche getragen werden kann. *F. Hahn-Bremen.*

Lepra.

Über den heutigen Stand der Hereditäts- und Kontagiositätsfrage der Lepra, von Loewald. (*Die ärztl. Praxis.* 1899. No. 6.) Nach den neuesten Untersuchungen und Erfahrungen ist die Lepra keine hereditäre, sondern eine kontagiöse Krankheit; sie ist „nicht eine Krankheit der Familie, sondern eine Krankheit der Hausgenossenschaft und des engen Verkehrs" (Dehio). Die Wege der Übertragung sind zur Zeit noch nicht bekannt; nur so viel scheint sicher zu sein, dafs die Infektion von jedem Körperteile ausgehen kann. Auch über die Ursachen der verschiedenen Schnelligkeit, mit der sich die Lepra in den verschiedenen Gegenden ausbreitet, weifs man noch nichts Bestimmtes. Die Ansteckungsgefahr bei den beiden Formen der Lepra ist nicht die gleiche. Die Lepra anaesthetica ist vielleicht überhaupt nicht ansteckend; jedenfalls ist die tuberöse Form viel gefährlicher, namentlich wenn die Knoten schon geschwürig zerfallen sind. *Götz-München.*

Über Lepra. (*Lyon méd.* 1899. No. 22.) Nach Locht haben die letzten Arbeiten gezeigt, dafs die Lepra fast niemals eine kontagiöse Krankheit ist. In den syrischen Leproserien leben die Kranken, mit Geschwüren bedeckt, ohne jede Behandlung, in engster Gemeinschaft mit Gesunden. Trotzdem sind Fälle von Ansteckung äufserst selten. Dagegen konstatiert man in neun von zehn Fällen die Vererbung der Lepra. In Jerusalem erkrankte ein neapolitanischer Kapuziner, der lange unter den Aussätzigen des heiligen Landes geweilt hatte, an Lepra. Scheinbar ein Fall von Kontagion. Genauere Nachforschungen ergaben indessen, dafs in der Familie des Patienten zu Neapel in dessen Ascendenz mehrere Leprafälle vorgekommen waren. — Lépine drückt sein Erstaunen darüber aus, dafs man in früheren Zeiten so wenige Isolierungsmafsregeln gegen die Lepra ergriffen habe, wenn die Krankheit wirklich so wenig ansteckend wäre. — Locht meint, dafs man über die Lepra des Altertums und

Mittelalters nur „Vermutungen“ haben könne. Trotzdem in Syrien die Isolierung äufserst mangelhaft sei, sei die Zahl der Leprösen seit langer Zeit konstant geblieben und schwanke zwischen 200 und 250. — Gibia bemerkt, dafs die kontagiösen Volkskrankheiten in den Ländern, wo sie endemisch sind, nicht für ansteckend gehalten werden. So gelte auch die Pest nicht als eine Infektionskrankheit. — Mayet sagt: Die Disposition wird vererbt; bei vorhandener Disposition erfolgt die Ansteckung durch den Leprabacillus, hauptsächlich auf dem Wege des Tractus intestinalis. — Laviroth berichtet über einen Matrosen, in dessen Familie kein Fall von Lepra nachweisbar war und der sich auf den Antillen durch geschlechtlichen Verkehr mit Aussätzigen die Krankheit zugezogen habe. — Delore erinnert sich eines Falles von schwerster ulceröser Lepra tuberculosa, in dem trotz intimen Verkehrs des Patienten mit seiner Familie nie eine Ansteckung erfolgte. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Lepra. (*Lyon méd.* 1899. No. 21.) Jourdanet stellt ein 27jähriges Mädchen mit Lepra mixta vor. Die Patientin stammt aus Toureth (Nähe von Nizza), wo sie sich immer aufgehalten hat. In der Familie ist Lepra nicht nachweisbar. Auch erinnert sich Patientin nicht, jemals mit ähnlich erkrankten Leuten zusammen gewesen zu sein. — Nach dem Tode ihrer Mutter, der ihr tiefen Kummer verursachte, traten die ersten Symptome ihrer Krankheit auf in Gestalt von roten Flecken, besonders an den unteren Extremitäten, später auf dem Handrücken und im Gesicht. Dann erschienen Knoten im Gesicht und an den Extremitäten. Ausfall der Augenbrauenhaare stellte sich ein. Dazu gesellten sich Geschwüre an den Beinen. Deutliche Sensibilitätsstörungen an den erkrankten Stellen sind vorhanden. Keine Mutilationen. Die Ätiologie ist ganz dunkel. Jourdanet erinnert daran, dafs die Patientin aus einer Gegend stammt, wo die Lepra noch bis zu gewissem Grade endemisch herrscht, wie die noch existierende Leproserie von San Remo bezeugt. Aufserdem war die Stadt Toureth noch vor 50 Jahren ein Lepraherd, wie das in der Lyoner Doktordissertation von A. Perrin („La lèpre à Marseille“, 1899) mitgeteilt wird. — Die Diagnose wurde durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt. Allerdings waren die Bacillen (der Nasenschleimhaut und in dem Blutstropfen eines Lepromes) ziemlich selten.

In der Diskussion bemerkt Poncet, dafs die Leprafälle im nördlichen Frankreich wohl häufiger sein werden, da man sie meistens wohl unter andere Krankheiten rubriziere. Gewisse Fälle von mal perforant würden sicherlich als Lepra erkannt werden, wenn man die bakteriologische Untersuchung anstellte. Auch Mayet glaubt an die nahen Beziehungen zwischen gewissen Rückenmarksaffektionen und Lepra. — Soulier sah in einer syrischen Leproserie sehr viele Syphilitiker und Lupuskranke. *I. Bloch-Berlin.*

Die Lepra in Marseille, von Perrin. (Dissert.; *Lyon méd.* 1899. No. 19.) Die neun Fälle sind sämtlich von auswärts importiert worden (Guyana, Indochina, Spanien, Italien, Griechenland), und Verfasser konstatiert, dafs die Lepra in Marseille trotz des günstigen Bodens gewisser Quartiere zur Entwickelung infektiöser Keime nicht endemisch vorkommt. Er verlangt sofortige Isolierung event. Rückbeförderung nach der Heimat der betreffenden Individuen. *C. Müller-Genf.*

Über Lepra der Lunge, von Babes und Moscuna. (*Arch. de méd. expérim. et d'anatomie pathol.* 1899. No. 2.) Auf Grund ihrer neuesten Untersuchungen unterscheiden die Verfasser bei der Lungenlepra Kombinationen mit reiner Tuberkulose und mit gemischten Formen. Die Leprabacillen weisen in den Lungen dieselben Eigenschaften auf, wie in anderen Regionen; zuweilen aber konstatiert man neben

ihnen besondere Formen, nämlich geästelte, gekörnte, in grofsen, kompakten Massen sich ansammelnde starre Bündel. Auch färben sich die Bacillen schwerer, lassen sich aber rascher entfärben. In einem Falle fanden sich bei Fehlen von Tuberkelbacillen und negativem Inokulationsresultate Läsionen wie bei der kaseösen Tuberkulose. Die leprösen Läsionen gleichen in vieler Beziehung denen der Tuberkulose, unterscheiden sich aber von ihnen dadurch, dafs die Veränderungen weniger rasch vor sich gehen, dafs das neugebildete Gewebe fester ist und selten verkäst, wodurch sie sich denen der tertiären Lues nähern. Neben einer chronischen, interstitiellen, mehr diffusen und einer nodulären sklerösen Form besteht eine akuter verlaufende, käsige, parenchymatöse, bei der man Läsionen von akuter fibrinöser oder katarrhalischer Pneumonie konstatiert. Ferner mufs die bronchiale und bronchiektatische Form erwähnt werden, welche sich mit einer chronischen Peribronchitis kombiniert, die in ulceröse und putride Bronchitis und Bronchektasie übergeht. In allen Fällen wurden der Bacillus der Pseudodiphtherie, der Lepra, andere mikrobische Assoziationen bei den bronchialen Formen Saprophyten und Streptokokken in den rasch verlaufenden mit pneumonischen und kaseösen Läsionen verlaufenden Formen konstatiert. *C. Müller-Genf.*

Zur Frage von gleichzeitigem Vorkommen von Lepra und Syphilis, von Messarosch. (*Wratsch.* 1899. No. 33.) Verfasser beschreibt einen Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Lepra und Syphilis bei einem Einwohner von Astrachan, wo die Lepra keine Seltenheit ist. Die antisyphilitischen Kuren hatten auf die Lepra keinen Einfluſs. *A. Jordan-Moskau.*

Beiträge zur Kultur des Leprabacillus, von Max Teich. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXV. No. 21 u. 22.) Als Ausgangsmaterial für die Gewinnung einer Reinkultur des Leprabacillus diente dem Verfasser ein aseptisch excidierter und zerkleinerter Lepraknoten. Die Masse und das gewonnene Blut wurde auf schrägen Glycerinagar verimpft, zum Teil auch unter Luftabschluſs. Nach zwölf Tagen bemerkte man bei den unter Luftzufuhr verwahrten Röhrchen eine weifse schleimige Masse aus dem Fleischklümpchen hervorwuchern, die aus Haufen von Kokken und Stäbchen bestand. Es handelte sich zweifellos um ein Gemenge von Bacillen und Streptokokken. Die Trennung gelang mittelst des Plattenverfahrens, jedoch war erst nach mehr als einer Woche die Entwickelung einer Kolonie bemerkbar, welche sich über die ganze Platte als dünner Schleier ausbreitete. Sie bestand aus Bacillen, die an den Enden und auch in der Mitte starke lichtbrechende Anschwellungen zeigten. Mit Karbolfuchsin gefärbt, vertrugen sie mindestens eine 10—15 Sekunden lange Behandlung mit 3% Salzsäurealkohol, ohne entfärbt zu werden. — Die Übertragung der Kultur gelang besonders gut auf mit 5% Sodalösung übergossener Kartoffel und auf alkalischem Kartoffelagar. Als Resultat seiner genauer wiedergegebenen Versuche bezeichnet Verfasser, dafs es ihm gelang, von fünf Leprafällen einen säure- und alkoholfesten Bacillus zu züchten und fortzupflanzen, der wahrscheinlich mit dem von Bordoni-Uffreduzzi, Babes, Levy, Czoplewsky, Spronck gezüchteten identisch ist. Dieses Bacterium zeichnet sich durch grofse Polymorphie aus, die durch die Beschaffenheit des Nährbodens bedingt ist. Es entstehen bald Stäbchen, die den Neisser-Hansenschen Leprabacillen vollkommen gleichen, bald solche von anderer Form, dünne oder dickere, ovale, an mehreren Stellen aufgetretene, bald entsteht bei ganz ungeeignetem Boden die diphtheroide Form (Babes). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Tuberkulose.

Übertragbarkeit der Tuberkulose durch den Bart Tuberkulöser, von SOUQUET. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 22.) Der Verfasser hat Barthaare von Tuberkulösen in einer sterilisierten Glasröhre mit sterilisiertem Wasser abgeschwemmt und ausgepreßt. Es bildete sich ein minimaler Niederschlag, in dem Tuberkelbacillen nicht gefunden werden konnten. Ein Meerschweinchen, das mit diesem Niederschlag geimpft worden war, begann nach drei Wochen abzumagern; an der Impfstelle entstand zuerst eine Induration, dann eine Fistel, aus der sich Eiter entleerte. Bei der Sektion fand sich an der Impfstelle ein Tuberkel; die Leistendrüsen waren vergrößert und im Centrum verkäst; in denselben fanden sich Tuberkelbacillen, in der Leber und in der Milz waren zahlreiche tuberkulöse Herde vorhanden; die Brustorgane waren gesund. Dieser Versuch beweist die Möglichkeit der Übertragung der Tuberkulose durch den Bart. Tuberkulöse Männer sollten sich daher den Bart ganz wegnehmen lassen; können sie sich dazu nicht verstehen, so müssen sie ihn so weit kürzen lassen, daß keine Barthaare ausfallen; außerdem müssen sie womöglich nach jeder Expektoration den Bart mit einer antiseptischen Lösung (Sublimat, Formol) waschen. *Götz-München.*

Ungewöhnliche Lokalisationen der Tuberkulose, von ALDRED SCOTT WARTHIN-Ann Arbor, Mich. (*Med. News.* 6. Mai 1899.) In dieser kleinen Arbeit sind die seltenen Lokalisationen der Tuberkulose niedergelegt, welche W. unter zwölfhundert in den letzten vier Jahren gemachten Sektionen fand, es sei hier aber nur das für den Dermatologen Wichtige wiedergegeben. In einem Falle hatte sich unter einer Warze an der Haut des Vorderarms ein großes Spindelzellensarkom rasch entwickelt, welches die Amputation nötig machte. Die Warze war ulceriert und die Untersuchung ergab käsige Tuberkel der Haut; W. glaubt, daß beide Prozesse unabhängig voneinander sich entwickelt haben. In zwei Fällen von Brustdrüsengeschwulst wurde eine Kombination von Tuberkulose und Carcinom gefunden, ebenso bei einem derselben in den Achseldrüsen. Primäre Tuberkulose der Brustdrüse ergab sich in einem weiteren Falle, in einem anderen wurde aus dem rechten Ohrläppchen um die Perforationsstelle für den Ohrring tuberkulöse Masse (primäre Infektion) entfernt. Ein seltener Fall war auch primäre tuberkulöse Infektion der Haut. Schließlich sei noch der genau beschriebene Fall von Tuberkulose eines künstlichen Anus praeternaturalis erwähnt, welcher nach der Ansicht von W. sich wahrscheinlich aus primärer Darmtuberkulose entwickelt hatte. *Stern-München.*

Ein Beitrag zur Lehre vom Lupus vulgaris und seiner Behandlung mit subcutanen Injektionen von Kalomel, von TSCHLENOW. (*Med. Obosrenje.* 1899. Juniheft. Russisch.) Verfasser bespricht zunächst die Ansichten der Autoren, vor allem KAPOSIS und JADASSOHNS über den Lupus und giebt dann die genaue histologische Beschreibung zweier Fälle von Lupus vulgaris, welche sich unter subcutanen Injektionen von Kalomel, bei gleichzeitiger lokaler chirurgischer Behandlung (Auskratzung) bedeutend besserten resp. zeitweilig hergestellt werden. *A. Jordan-Moskau.*

Über den Nasenlupus, von HOLLÄNDER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 24.) In einer großen Reihe von Fällen setzt der Lupus der Nase auch in Decennien keine Defekte größeren Stils. Führt derselbe jedoch zu Destruktionen, so hat es sich stets um einen primären Schleimhautlupus gehandelt, und im Anschluß an diese Fälle der Destruktion und des primären Schleimhautlupus entwickelt sich die descendierende Form der oberen Luftwege.

Die Therapie muſs sich an diese Erfahrungen halten. Besonders in der zweiten Gruppe von Fällen ist eine Exstirpation vollkommen kontraindiziert und unmöglich. Aussicht auf Erfolg werden zukünftig beim Lupus nur solche Methoden haben, welche Elektivmethoden sind, in deren Wesen es begründet liegt, daſs es keine Kontaktmethoden sein können. Elektivmethoden sind solche, welche das lupöse Gewebe und die Bacillen vernichten und das gesunde und reaktionär kranke Gewebe schonen. Die Finsensche Behandlung mit ultravioletten Strahlen, die Röntgen-Therapie und als älteste des Verfassers, Heiſsluftkauterisation, erfüllen diese Bedingungen. Finsens Methode erfordert zu lange Zeit, die Röntgenbestrahlung wirkt nur oberflächlich, ist also für die ganze zweite Gruppe nicht anwendbar. Bei des Verfassers Methode handelt es sich darum, daſs das erkrankte Gewebe auf einen Grad erhitzt wird, bei welchem das lupöse und tuberkulöse Gewebe nekrotisiert, die Bacillen getötet werden und das gesunde Gewebe und reaktionär erkrankte geschont wird. Dieses erreicht Verfasser dadurch, daſs er einen Heiſsluftstrom von 3—400° auf das betreffende Gewebe dirigiert. Im Momente der Einwirkung tritt eine absolute Ischämie der Haut ein. An dieser aktiven Gefäſskontraktion kann sich das lupöse Gewebe nicht beteiligen, wegen des Beschaffenseins resp. Fehlens der Gefäſse und des kontraktilen Gewebes. Infolgedessen prominiert es, während im übrigen die Haut erheblich zusammenschrumpft. Nur durch die fehlende Zirkulation ist es möglich, das Gewebe auf einen Grad zu erhitzen, bei welchem die Bacillen absterben und das lupöse Gewebe nekrotisiert. — Verfasser teilt zum Schlusse die mit dieser Methode erreichten ausgezeichneten Erfolge mit, selbst in Fällen, bei denen die ganze Nase bereits in ein schwammiges tuberkulöses Gewebe verwandelt war und nun ohne Profileinbuſse wieder in ein widerstandsfähiges glattes Organ mit vorzüglicher Narbenbildung verwandelt wurde. — In der Diskussion berichtet Lassar über sehr günstige Erfolge mit dem Holländerschen Verfahren. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von „Lupus lymphaticus" des Augapfels, von D. Walsh und S. Stephenson. (*Lancet.* 10. Juni 1899.) Von Hutchinson sind Läsionen beschrieben und abgebildet worden, welche er als Lupus lymphaticus, Crocker dagegen als „Lymphangioma circumscriptum" oder lymphangiectodes bezeichnet. Die Diagnose in diesem Falle wurde in der Dermatological Society vollauf bestätigt. Die 18jährige Patientin zeigte neben Verdickung der Lider und Prominenz des Augapfels an letzterem namentlich ein durchscheinendes, gefäſsreiches Gewächs auf der Conjunctiva oculi; dasselbe setzte sich zusammen aus einer Anzahl von geléeartigen Erhebungen, die annähernd ringförmig um die Cornea herumgelagert waren, von gelber Farbe und stellenweise bis 1/8 Zoll groſs und taschenförmig waren. Die Läsionen sind kongenital, nicht infektiös, chronisch, und mit kongenitalen nävoiden Bildungen verbunden. *Philippi-Itzehoe.*

Doutrelepont berichtet in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899, Vereinsbeilage No. 21) über **Tuberkulinwirkung bei Lupus.** Vortragender stellte zwei nur durch Einspritzungen von Neutuberkulin geheilte Fälle vor, die Narben sind glatt und weiſs, frei von Knötchen, die Infiltration der früher stark geschwollenen Partien ist geschwunden; es wurde mit ganz kleinen Dosen begonnen und bis 20 mg gestiegen; Unannehmlichkeiten wurden dabei nie beobachtet; ob die Patienten vor Recidiven sicher sind, läſst sich noch nicht sagen, jedenfalls kann Vortragender nach seinen Erfahrungen nicht an Immunisierung durch Tuberkulin glauben. In der sich anschlieſsenden Diskussion sprechen Schultze und Schede im allgemeinen gegen das Tuberkulin, während Doutrelepont das alte Tuberkulin zur Sicherung der Diagnose wertvoll erachtet und

den Eindruck hat, als ob die Recidive bei Lupus nach Behandlung mit dem neuen Tuberkulin nicht allzuschlimm seien. Im übrigen ist Vortragender ebenfalls vor allem für eine möglichst energische, lange fortgesetzte und oft wieder aufgenommene chirurgische Behandlung des Lupus. — Derselbe demonstriert einen Fall von **allgemeiner Sklerodermie**; anamnestisch ist hervorzuheben, dafs der Erkrankte, welcher Bergmann ist, vielfach bei der Arbeit im Wasser gestanden hat. Man findet sämtliche Stadien der Sklerodermie, an den Unterschenkeln Ödem, an den Fingern ist die Haut bretthart, am ganzen Körper (nur der Rücken ist frei) gespannt, im allgemeinen gerötet und bräunlich pigmentiert; an verschiedenen Stellen finden sich pigmentlose, atrophische Flecke; die Bewegungen in Knie-, Hand- und Fingergelenken sind erschwert, das Gesicht ist auch etwas befallen, aber die Gesichtsmuskeln funktionieren noch; die Prognose ist wohl schlecht, obgleich Patient sich zur Zeit, ob nur durch Ruhe und gute Pflege oder infolge der angewandten Behandlung (Massage mit Salicylsalbe und innerlich Natr. salicyl.), besser und beweglicher fühlt.

F. Hahn-Bremen.

Lupus, behandelt mit Röntgenstrahlen, von C. Th. Holland. (*Brit. med. Journ.* 1898.) Ein 16jähriger Knabe mit Lupus der linken Gesichtshälfte wurde zwei Monate hindurch im ganzen elfmal, und zwar 15 Minuten lang den Röntgenstrahlen exponiert. Das Resultat der Behandlung war, dafs eine grofse, ulcerierte Stelle, welche seit fünf Jahren bestand und jeder anderen Therapie hartnäckig getrotzt hatte, vollständig mit völlig gesunder Narbe abheilte. *C. Berliner-Aachen.*

Auf dem Mittelfränkischen Ärztetag zu Nürnberg am 1. Juli 1899 referierte Stepp-Nürnberg über Anwendung des **Fluoroform gegen Tuberkulose,** indem er folgendes ausführte: Das neue Präparat hat die Formel $CHFl_3$, ist gasförmig und löst sich in Wasser zu 2,8 Procent. Als Fluoroformwasser — Aqua Fluoroformii — findet es am Krankenbett praktische Verwendung und wird 4—5mal täglich kaffee- bis eslöffelweise gegeben. Es ist nahezu geruch- und geschmacklos und hinterläfst beim Schlucken ein leichtes Kratzen am Gaumen. — Bei peripherer Tuberkulose war der Erfolg der Behandlung geradezu auffallend. — Ein seit einem Jahre bestehendes tuberkulöses Analgeschwür geht der Heilung entgegen. — Von besonderem Interesse ist ein Fall von Lupus. Ein 33jähriges Fräulein leidet seit 28 Jahren an ausgedehntem Lupus des Gesichts. Im Laufe dieser Zeit wurden alle Methoden, über welche der jeweilige Standpunkt der Wissenschaft verfügte, nutzlos versucht. Nach längerer Anwendung des Fluoroformwassers (100,0 täglich) stiefsen sich die lupösen Herde unter vorausgehender schmerzhafter Rötung und Schwellung ab und eine grofse Wunde lag zu Tage, welche sich mit normaler Haut überdeckte. — Vortragender hält nach diesen Erfahrungen die Wirkung des Fluoroforms auf tuberkulöse Infiltrate für sehr wahrscheinlich und will nur die Fälle von Lungentuberkulose ausschliefsen, welche Cavernen zeigen und zu raschem Zerfall neigen. — Zu bemerken ist noch, dafs Fluoroformwasser ungiftig ist und die Verdauung in keiner Weise beeinträchtigt. Fabrikanten Valentiner & Schwarz, Chemische Fabrik in Leipzig-Plagwitz.

Verschiedenes.

Zur Arbeit des Herrn Dr. AUDRY in No. 3 der *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXIX:

Herr Redakteur! No. 3, Bd. XXIX der *Monatsh. f. prakt. Derm.* bringt eine Arbeit von mir: „Über eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut etc." auf Anlafs einer von FORDYCE beschriebenen Veränderung, welche in der anormalen Entwickelung von mehr oder minder atrophischen Talgdrüsen in diesen Schleimhäuten besteht. Herr DELBANCO hat zu gleicher Zeit entsprechende Feststellungen gemacht. Ich schulde Ihren Lesern die Mitteilung, dafs ich in dem *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases* vom Juli 1899, pag. 323, das kurze Referat einer Arbeit von Herrn D. W. MONTGOMERY finde, welche sich betitelt: „Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes." Der Autor hat, wie ich, die thatsächliche Bedeutung der geringfügigen Veränderung erkannt, welche von FORDYCE beschrieben, aber falsch interpretiert worden ist.

Die Arbeit von Herrn MONTGOMERY ist in den *Proceedings of Ass. of American Anatomist, 10 Session 1897*, erschienen.

Ich hoffe, dafs diese Auslassung entschuldigt wird, welche vielleicht deshalb verzeihlich ist, weil die Artikel von Herrn DELBANCO und mir im August erschienen sind, und weil nur das Referat und die Anzeige der Arbeit von Herrn MONTGOMERY in dem *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases* vom Juli sich finden, die Originalarbeit hingegen der Allgemeinheit der Dermatologen nicht wohl bekannt sein dürfte.

Es ist mir indessen billig erschienen, zu äufsern, dafs die thatsächliche Priorität Herrn MONTGOMERY gehört.

Genehmigen Sie etc. 7. November 1899. CH. AUDRY.

(Übersetzt von ERNST DELBANCO-Hamburg.)

Meyers Schreibtisch-Wochenkalender für Ärzte auf das Jahr 1900 ist erschienen und dürfte wegen seiner einfachen und überaus praktischen Anordnung für viele Kollegen unentbehrlich geworden sein. Aufser dem den Sprechstunden und der Besuchspraxis gewidmeten Teile besteht der Kalender noch aus einem Anhange, der unter vielen anderen Artikeln enthält: Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte, gesetzliche Bestimmungen zur Einziehung von Aufsenständen, neuere Heilmittel, Behandlung von Vergiftungen, Formulae magistrales Berolinenses, Schwangerschaftskalender, Portosätze etc. etc. *P. Taenzer-Bremen.*

In wieweit können wir unsere Hände sterilisieren? von G. GOTTSTEIN und M. BLUMBERG. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 34.) Das Ergebnis der Untersuchungen der Verfasser geht dahin, dafs es nicht mit Sicherheit gelingt, die Hände keimfrei zu machen, dafs aber durch eine verbesserte Desinfektionstechnik die Zahl der sich an unseren Fingern nach vollendeter Desinfektion noch vorfindenden Keime bedeutend reduziert werden kann. *I. Bloch-Berlin.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIX. No. 12. 15. Dezember 1899.

Über die Methode der Quecksilber-Einreibungskuren im Bade Tölz (Krankenheil).

Von

Hofrat Dr. M. Höfler.

Sechsundzwanzigjährige badeärztliche Thätigkeit und Erfahrung berechtigen, dieses anscheinend alltägliche Thema hier in diesen Blättern zur Besprechung zu bringen.

Die an einem Badeorte geübte Methode weicht von der zu Hause bethätigten schon durch die Vereinigung der Schmierkur mit einer Trink- und Badekur ab. Es soll nun nicht Aufgabe sein, diese letztere in ihrer Wirkungsweise zu erläutern, sondern die Vorzüge einer Schmierkur, die mit einer Trink- und Badekur verbunden wird, vom Standpunkte des Praktikers hervorzuheben im Interesse der medizinischen Wissenschaft.

Von allen den verschiedenen Methoden, dem menschlichen Körper Quecksilber einzuverleiben, ist nach meinen Erfahrungen die Schmierkur stets die sicherste und bei richtiger Anwendung ungefährlichste. Im Laufe der 26 Jahre habe ich die verschiedenen anderen Methoden, Injektionen und Sublimatbäder vor allem, versucht und bin, sehr seltene Fälle ausgenommen, mit noch größerem Vertrauen zur Schmierkur zurückgekehrt.

Während der ganzen Zeit meiner Thätigkeit an hiesigem Ort habe ich nur dreimal Gelegenheit gehabt, Quecksilberfolgen (Ptyalismus und Darmkatarrh) zu beobachten. In dem einen Falle war die vorgeschriebene Spülung und Diät nicht sorgfältig genug ausgeführt worden; in dem zweiten Falle handelte es sich um einen Versuch, ob der sogenannte Lupus event. ein spezifischer wäre; im dritten Falle um ein Individuum, das früher Albuminurie gehabt hatte und einige zweifelhafte Luessymptome aufwies.

Die übrigen Schmierkurfälle — und dies waren nahezu ausschließlich mit Trink- und Badekur kombinierte —, es mögen an 2000 gewesen sein, verliefen ausnahmslos ohne Quecksilbersymptome, obwohl die Menge des

einverleibten Quecksilbers bis zu 200, selbst 400 g per Kurzeit betragen hatte.

Eine der auffälligsten Beobachtungen war mir nun dabei die, dafs Personen, die zu Hause unter rationellster Behandlung nach einigen 30—50 g Unguent. ciner. schon Speichelflufs und anderweitige Störungen bekommen hatten, bei der kombinierten hiesigen Schmierkur ohne alle üblen Quecksilbererscheinungen und bei starken Dosen geheilt wurden. In solchen, nicht wenigen Fällen liegt es nun ganz nahe, gerade dieser Kombination, d. h. dem Mitgebrauche von Trink- und Badekur, jenen Vorteil zuzuschreiben.

Das nüchterne Trinken des Mineralwassers und die hochgradig gepflegte Hautthätigkeit infolge der Seifenbäder sind es vor allem, welche — abgesehen von der physiologischen Wirkung der Mineralstoffe im Brunnen und Bade und den sonstigen Faktoren — die üblen Folgen des Quecksilbers hintanzuhalten geeignet sind.

Es möge gestattet sein, die von mir im Laufe der Jahre durch Erfahrung ergänzte, hierorts in meiner Praxis durchgeführte Kurmethode bei Schmierkuren im Detail anzugeben.

Nach der ersten Untersuchung des Kranken, die nicht gründlich genug ausgeführt werden kann, erhält letzterer seinen schriftlich vorgeschriebenen Stundenplan, der im allgemeinen so lautet:

6—7 Uhr morgens: Trinken des Jodschwefelwassers (nach mündlicher Anweisung).

7—8 Uhr: Bewegung; Spülung der Mundhöhle.

8—9 Uhr: Frühstück (Milch mit Brot ohne Eier); Spülung, Reinigung der Zähne.

9—10 Uhr: Jodbad (je nach dem Falle verschieden oft, verschieden lang, verschieden warm, verschieden stark konzentriert).

Vor dem Bade wird der ganze Körper (mit Ausnahme des Kopfes) von einem geübten Badewärter mittelst eines rauhen Filzlappens und Benutzung einer je nach dem Falle verschieden starken Quellsalzseife (kohlensaures Natron — Kochsalz — Jodnatrium sind die Hauptmineralbestandteile derselben und der Mangel an freiem Alkali und an sonstigen reizenden Ingredienzen ein besonderer Vorzug derselben) 5—10 Minuten lang in der Zelle auf trockenem Boden stehend sehr kräftig bis zum Warm- und Rotwerden der Haut friktioniert; dann begiebt sich der Patient in die nebenanstehende Badewanne, bleibt darin nach Vorschrift; sodann steigt derselbe heraus, läfst sich abtrocknen und nun wird gleich nach dem Bade in der Zelle auf der so gehörig vorbereiteten und mit der Zahl der Friktionen auch allmählich in ihren oberflächlichen Schichten merkbar verdünnten, feiner werdenden Haut

a) der Innenseite des linken } Armes,
b) „ „ „ rechten }
c) „ „ „ linken } Beines,
d) „ „ „ rechten }
e) auf dem Leibe,
f) „ „ Rücken

1—2—3—4—5—6 g des mit Lanolin vermengten Ungt. ciner. off. verrieben, jedoch so, dafs die Einreibung lange genug (10—25—30 Minuten) dauert, und so, dafs dabei das Gefühl der Hautwärme eintritt. Nach dieser Zeit wird der auf der betreffenden Hautstelle zurückgebliebene Rest der Salbe mit reiner Watte sorgfältig abgewischt. Der Kranke zieht sich ganz an; geht nach Hause, spült sich den Mund aus und legt sich

10—11 Uhr: zu Bett, ohne zu schlafen; hier wird ein reichliches zweites Frühstück (Milch, Eier, Bouillon etc.) eingelegt mit obligater Reinigung der Zähne und Mundspülung nach demselben.

Von 11—1 Uhr ist der Kranke, wenn thunlich, im Freien und spült sich stündlich den Mund aus.

1 Uhr: Mittagessen (ohne Alkohol) mit nachfolgender Zähnereinigung und Mundspülung.

Von 2—7—7½ Uhr macht der Kranke einen Spaziergang, je nach dem Individuum verschieden langdauernd; die Mundspülflüssigkeit trägt er in einem Glase mit sich und spült stündlich. Getränk: Milch.

7½ Uhr: Abendessen (stets warm), wenn thunlich, mit Milch oder Milchthee (jedenfalls dann ohne Alkohol); nach demselben Zähnereinigung und Spülung.

8—½9 Uhr: kleine Bewegung im Freien.

9 Uhr: Spülung und Bettruhe (event. eine abendliche Sagradapille).

Die Spülung ist mindestens zehnmal täglich vorzunehmen; die Reinigung der Zähne nach jedem Essen; am besten empfiehlt sich hierzu eine weiche Dachshaarbürste. Die Spülflüssigkeit ist chlorsaures Kali, das sich der Patient selbst auflöst; auf Verwechselung dieses Pulvers mit üblichem Karlsbader Salz, das der Kranke nicht selten bedarf und dann im Zimmer oft neben das chlorsaure Kalium legt, ist besonders aufmerksam zu machen. Essigsaure Thonerde, Myrrhentinktur, Citronensaft etc. kommen nur in bestimmten Fällen zur Verwendung als Mundhygienemittel. Bei der Reinigung der Zähne ist auf die hinteren Kieferwinkel, in denen oft Speisereste stecken, besondere Rücksicht zu nehmen. Wenn einigermafsen noch möglich, wird zahnärztliche Kontrolle des Gebisses, Plombierung, Extraktion kleiner kariöser Zahnstümpfe empfohlen. Bei der geringsten Röte oder Schwellung des Zahnfleischsaumes ist sofort auszusetzen mit der Einreibung; oft genug kommen die Kranken, auch wenn

sie bis dahin noch kein Quecksilber genommen hatten, mit einer abnormen Zahnfleischbeschaffenheit schon zur ersten Beobachtung.

Vor der Einleitung der Schmierkur ist es nötig, dafs der Arzt sich von dem Zustande der ganzen Haut, des therapeutischen Ortes, überzeuge. Es kann die Haut oder eine spezielle Hautstrecke durch Hautgeschwüre, grofse Pusteln, Eccemastellen, Phlebektasien etc. zur Vornahme einer Einreibungskur ganz und gar ungeeignet sein; auch die Reizbarkeit der Haut mufs erprobt bezw. vom Patienten erfragt werden. Die stark behaarten Stellen müssen vorher abrasiert werden. Die Kopfhaare, unter welchen nicht selten Eczemapusteln stecken, sollten, wenn dies erreichbar, kurz geschnitten werden. Jede neue Hautreizung unter der Schmierkur hat der Badewärter dem Arzte eventuell durch den Patienten zur Wissenschaft zu bringen. Der Turnus in sechs Abschnitten des Körpers ist hinreichend, um eventuell gereizte Hautstellen bis zum betreffenden (6.) Tage wieder zur Abheilung bringen zu können. Bei Frauen mit Eierstockentzündungen, Para- und Perimetritis umgehe man die Einreibung am Leibe und wähle eventuell Brustgegend oder nehme nur fünftägigen Turnus.

Ist die ganze Haut so durch krankhafte Prozesse verändert, dafs eine Einreibungskur unmöglich ist, dann kann unter Umständen die Indikation zu einer Quecksilberinjektionskur eintreten. Haut-Ichthyosis beeinträchtigt die Wirksamkeit der Einreibungskur in keiner Weise. Dafs das Reibepersonal gewissenhaft genug sei, ist selbstverständliche Voraussetzung; es mufs genau nach ärztlicher Vorschrift, lange und anhaltend gleichmäfsig genug die Reibung mit der flachen, blofsen Hand der einen oder anderen Seite vornehmen. Lederhandschuhe, Glasreiber etc. sind überflüssig, selbst schädlich; die menschliche, feinfühlige Hand ist das beste Reibinstrument; alle mechanischen Zwischenlagen zwischen den beiden Reibeflächen geben Veranlassung zu ungleichmäfsiger Stärke im Drucke des Reibers. Der Geriebene mufs das Gefühl der Wärme in der Haut und das der wohlthuenden Glätte beim Reiben haben; das kleinste Körnchen in der Salbenmischung, die träge Schlüpfrigkeit derselben, das Auseinanderlaufen von Salbenkompositen, z. B. bei der Quecksilberseifensalbe, die da und dort noch üblich ist, dies alles mufs vermieden werden.

Das Reibepersonal selbst mufs Mundhygiene und Urinkontrolle ebenso an sich üben wie der Patient.

Die beste Salbenmischung ist das mittelst Lanolin geschmeidig gemachte Unguentum einer. off., je feiner das regulinische Quecksilber in reinem Fette verteilt ist, je passender die beigegebene Lanolinmenge ist, desto gröfser caeteris paribus die Wirksamkeit der Salbeneinreibung. Aber auch die zur Einreibung benutzte Haut selbst mufs stets vorbereitet sein zur Aufnahme der Quecksilbersalbe; dies geschieht am besten durch Bäder, die die Haut nicht reizen und durch Seifenfriktionen, wie sie hierorts

durch mich seit 26 Jahren eingeführt wurden. Diese letzteren dürfen ebensowenig wie die Salbenfriktionen vom Patienten gemacht werden; nur die geübte Hand des geschulten Personals ist im stande, mit stets gleichem Drucke die Haut 10 Minuten lang vor dem Warmbade abzureiben und dann noch die Salbe 20—30 Minuten lang nach demselben einzureiben. Es ist dabei nicht bloſs der sehr wichtige Effekt der lokalen Reinigung und Glättung der betreffenden Hautstelle, welche hierbei zur Berücksichtigung kommt, nein, auch der auf die ganze Haut ausgeübte Friktionsreiz ist ein ganz wesentlicher Faktor, ebenso wie das unmittelbar darauf erfolgende Warmbad (vor der Salbenfriktion). Es würde zu weit führen, die physiologischen Wirkungen dieser beiden, der Salbenfriktion voraufgehenden Prozeduren hier zu besprechen; ich erlaube mir, diesbezüglich auf meine Broschüre: Bad Krankenheil, Tölz. 3. Aufl., 1896, S. 175, zu verweisen. Die physiologische Dunst- und Sekretionshülle (nach UNNA), die die anatomische Grenze der Hornschicht überzieht, ist es, die durch solche Seifenfriktionen und Warmbäder ganz wesentlich beeinfluſst werden muſs, ein Moment, das namentlich bei Quecksilbereinreibungskuren ganz wichtig ist, weil mit diesen konsequent fortgesetzten Mitteln der Balneomethodik die individuell so verschiedene Resorptionskraft der Haut erhöht werden muſs. Je mehr die Hautfette durch die Seifenfriktionen verseift, je freier die verstopften Schweiſs- und Talgdrüsenausführungsgänge wurden, je mehr die verhärteten Epidermisschollen entfernt und je näher die Hautblutgefäſse dem Quecksilberaufspeicherungsorte durch diese Seifenfriktionen gebracht wurden, desto stärker muſs das in diese physiologische Dunsthülle der Haut durch Einreibung einverleibte Quecksilber zur Resorption und Wirkung gelangen, wobei zu berücksichtigen ist, daſs der Organismus die chemische Umwandlung des regulinischen, in der Haut deponierten Quecksilbers in einen ihm nicht zu fremdartigen, d. h. schadlos resorbierbaren chemischen Körper selbst besorgt mit der Zeit, während bei den Injektionspräparaten, wenn sie auch noch so leicht löslich sind, das Quecksilber in einer sehr raschen Zeit und in einem für den Organismus immerhin nicht adäquaten Zustande einverleibt werden. Nicht etwa die reklameartig und marktschreierisch empfohlene Verwendung irgend eines der vielen neuauftretenden Quecksilberpräparate dient dem Patienten, sondern die je nach dem Individuum verschiedene, immer sorgfältig ausgewählte, auf Erfahrung und Beobachtung fuſsende Verwendung des Quecksilbers in einer den Organismus nicht schädigenden Art und Weise.

Bei Neigung zu Ekzemen muſs die Seifenfriktion vor dem Bade weggelassen event. mit schwachen Seifenbädern vertauscht werden.

Interkurrente fieberhafte Prozesse (z. B. Anginen) nötigen zum vorübergehenden Aussetzen der Einreibekur.

Wichtig ist es, von Zeit zu Zeit den Urin auf Eiweifs und Zucker zu untersuchen. Früher bestandene, aber dann wieder verschwundene Albuminurie kann unter der Quecksilberkur wieder unerwartet zum Vorschein kommen und dann mufs letztere sistiert werden.

Überhaupt mufs man sich zur Regel machen, den Urin eines jeden Patienten, der einer Einreibungskur unterworfen werden soll, vor und während dieser auf Eiweifs und Zucker zu untersuchen. Diabetiker vertragen Quecksilberkuren meist schlecht.

Wichtig ist es ferner, das Körpergewicht des Patienten immer unter Kontrolle zu behalten. Eine sicher zu gutem Erfolge führende event. heilende Einreibungskur geht immer mit einem Plus an Körpergewicht einher. Die Gewebe werden spezifisch schwerer dadurch; nicht eine sichtbar gröfsere Körperfülle ist dann das Kurresultat, sondern ein besseres gesundes, frischeres Aussehen bei fettärmeren Hautdecken und derberem Fleische, in Verbindung mit dem subjektiven Gefühle der wiedergekehrten Gesundheit. Wo das Körpergewicht stark schwankt oder gar ein Minus eintritt, da liegen Komplikationen vor; es stellt sich zwar bei pastösen, fett- oder wasserreichen Individuen manchmal schon anfangs ein solches Minus ein, dasselbe geht aber bald, wenn keine Komplikationen (Phthisis, Magenkatarrh, Diabetes, Malignität, Blasenkatarrh etc.) vorhanden sind, in ein Plus über, dies in der Regel nach den ersten 10—15 Einreibungen.

Wichtig ist es ferner, das Rauchen ganz zu unterlassen während der Einreibungskur. Überhaupt wird man nicht weit von der Wahrheit sich entfernen, wenn man behauptet, dafs Nikotin und Alkohol (in jeder Form) die gröfsten Feinde des Syphilispatienten sind, wenn auch nicht gleich, so doch in schleichender heimtückischer Weise mit der Zeit; namentlich die spezifischen Herzkrankheiten und ein guter Teil der spezifischen chronischen Endarteriitisfälle sind dem übertriebenen, ja selbst nur mäfsigen Genusse dieser beiden Herzgifte zur Last zu legen. Ubi irritatio, ibi affluxus.

Überhaupt ist die Diät des betreffenden Patienten eine ebenso wichtige Frage wie die des Stoffwechsels überhaupt. Alle sogenannten Erregungsmittel des Magens sollen vermieden werden; je gleichmäfsiger, je reizloser, je ruhiger die Ernährungsverhältnisse sich gestalten, desto besser das Kurresultat. Nicht die unvernünftige Anfüllung des Magens mit allerlei Nahrung ist bei der Diät des Syphilispatienten das Richtige, sondern die systematische, stets das Ziel einer regelmäfsigen, gleichmäfsigen, reichlichen, aber reizlosen Ernährung im Auge behaltenden Diät, mögen die Verlockungen zu Reizmitteln (namentlich nach Kaffee, Eis, kaltem Bier, Obst etc.) noch so verführerisch sein. Der zielbewufst sich ernährende Patient mufs sich solche versagen.

Das Ideal aller Flüssigkeitszufuhr bei der Einreibungskur und bei

allen sonstigen Merkurialkuren ist die Milchkost. Gute und gewiegte Praktiker kennen schon lange den Vorteil der Milchnahrung bei Jodkuren. Milchdiät aber verlangt eine gewissenhafte Berücksichtigung der ganzen übrigen Kost, d. h. derjenigen Speisen und Getränke, die neben der Milch genossen werden. Bei Merkurialeinreibungskuren ist die Milchzufuhr von 2—3 Liter pro Tag ein unersetzliches Unterstützungsmittel derselben. Jeder Mensch kann Milch vertragen, wenn er nur will, d. h. sich der Reizmittel entschlagen kann, die da sind: Kaffee, Wein, Bier, sowie des rohen Steinobstes. Näheres darüber s. *Arch. f. Kinderheilkde.* 1899. XXVII.

Eine wichtige Regel ist ferner, daſs das betreffende Organ, gegen dessen Erkrankung die Einreibungskur zumeist gerichtet ist, ruhig gehalten werde. Es ist geradezu unverantwortlich, Kranke mit Knochengumma am Schädel mit Bier und Wein, wie es vorkommt, zu traktieren, solche mit Knochengumma an den Beinen viel gehen zu lassen, solchen mit Lebergumma Alkohol zu gestatten etc.

Der in neuester Zeit eingeführte alkoholfreie Traubenwein erleichtert die Diät bei der Syphilisbehandlung ganz wesentlich als Mittel zur Entwöhnung vom Alkohol.

Niemals verordne man eine Einreibungskur neben dem eigentlichen Berufe; es abstrahiert dieser das vollkommen nötige Interesse an der gründlichen Durchführung der Kur. Niemals verordne man eine vom Patienten allein betriebene Einreibungskur ohne gleichzeitige ärztliche Kontrolle.

Ist man im Verlaufe der Kur zu sichtbarer Besserung der Erscheinungen gelangt, so steige man getrost, aber nur bei zunehmendem Körpergewicht und bei steter Beobachtung obiger Ratschläge, zu dreisteren Dosen von Unguentum einer. Bei beständig abnehmendem Körpergewichte noch nach der 12.—15. Einreibung trotz andauernd guten Appetites ist auf Komplikationen, z. B. Zucker, Tuberkulosis etc., zu fahnden, eventuell ist mit der Einreibung auszusetzen.

Eine nicht geringe Unterstützung erfährt die Einreibungskur durch die Kombination derselben mit dem kurgemäſsen Gebrauche eines Schwefel-, oder Kochsalz- oder jodhaltigen Mineralbrunnens, der sicher auf die Ausscheidung der intermediären Stoffwechselprodukte aus dem Körper einen günstigen Einfluſs ausübt.

Ist die Einreibungskur beendigt, dann soll der betreffende Patient noch 14 Tage fortspülen, nicht rauchen und die Mundhöhlenhygiene beobachten, sowie $^1/_4$ Jahr lang gewissenhafte Hautpflege üben durch warme Seifenbäder mit Seifenabreibungen, die 2—3 mal wöchentlich vorgenommen werden sollen.

Die Vorteile dieser hiermit geschilderten Einreibungskurmethode liegen 1. in der besseren Ausnutzung bezw. Assimilierung des Quecksilbers durch

methodische Pflege und Vorbereitung einer blutreicheren Haut; 2. in der gröfseren Reinlichkeit des Verfahrens; in der grofsen Seltenheit der merkuriellen Intoxikation; 4. in der längeren Heilungsandauer. Das im sich neu aufbauenden Organismus deponierte Quecksilber, das gleichsam in statu nascendi in das Organeiweifs abgelagert wird, hält in seiner heilenden Wirkung länger an. Je besser der zu heilende Organismus genährt ist, je ruhiger dessen Nervensystem gehalten wird, desto besser die Erfolge.

Aus der Praxis.

Thiosinaminseife und Thiosinaminpflastermulle.

Von

P. G. Unna.

Bekanntlich hat H. v. Hebra 1892 subcutane Injektionen von Thiosinamin (Allylsulfocarbamid)[1] gegen Lupus empfohlen. Er sah nach diesen Injektionen eine lokale Reaktion, ähnlich wie nach Tuberkulininjektionen, auftreten und in der Folge auch ähnliche kosmetische Erfolge, die der Hauptsache nach auf die Erweichung und den Schwund des fibrösen, sklerotischen Lupusgewebes zurückzuführen waren. Als reguläre Lupusbehandlung oder auch nur Lupusvorbehandlung haben sich allerdings die Thiosinamininjektionen nicht einzubürgern vermocht; aber ihre Wirkung auf den Schwund des fibrösen Gewebes wurde in der Folge von Hebra an eklatanten Fällen von Stauungsfibrose, Sklerodermie und Sklerodaktylie, Narben und Keloiden zur Genüge demonstriert. Überdies empfahl auch Sinclair Tousey die Thiosinamininjektionen zur Behandlung von Keloiden. Ob diese Methode der Keloidbehandlung sich seitdem in Nordamerika einer weiteren Verbreitung erfreut, ist mir unbekannt. Bei uns in Deutschland hat sie, so viel ich weifs, keine Nachahmung gefunden, obwohl wir gewifs arm an Mitteln gegen das Keloid sind und speziell die Chirurgen diese Armut oft genug bedauern.

Das Thiosinamin ist in Wasser unlöslich und die spirituöse Lösung ist, zur subcutanen Injektion verwandt, ziemlich schmerzhaft; diese beiden Eigenschaften haben vielleicht am meisten dem ausgedehnten Gebrauche dieses wirksamen Mittels im Wege gestanden. Als ich daher neuerdings

---

[1] Diese Zeitschrift. 1892, Bd. 15, pag. 337.

vor die Aufgabe gestellt wurde, ausgedehnte Narbenkeloide nach Verbrennungen zu beseitigen, hatte ich die Idee, die lokale epidermatische Wirkung des Thiosinamins zu erproben und machte daher systematische Parallelversuche zwischen den früheren in meiner Praxis gebräuchlichen Keloidmitteln (mit Massage kombinierte Applikation von Quecksilberpflastermull, Salicylpflastermull und Kalidunstverband) und der örtlichen Thiosinaminapplikation.

Die letztere wurde teils mit einer Thiosinaminseife, teils mit Thiosinaminpflastermullen ausgeführt.

Als Thiosinaminseife kam die Formel

Sapon. unguinosi	10
Thiosinamini	0,5—1—2
M. f. Salbenseife	

zur Verwendung. Die Stärke der Pflastermulle war: 10, 20 und 30 (!) g pro Meter. In beiden Formen erwies sich das Thiosinamin als ein sehr brauchbares, die besten früheren Mittel an Sicherheit und Schnelligkeit entschieden übertreffendes Heilmittel. Die Form des Pflastermulls war der der Seife an Wirksamkeit und Reizlosigkeit noch ziemlich weit überlegen, sodafs die Thiosinaminpflastermulle heute wohl den ersten Rang unter allen Mitteln gegen Keloid einnehmen dürften.

Nach diesen Feststellungen habe ich in letzter Zeit eine Reihe von fibrösen Tumoren verschiedenster Art, Keloide von Schnittwunden und Ätzungen, fibröse Stränge auf dem Boden von Varicen, Lepromen, Syphilomen (Initialsklerose) und Lupus mit gleich günstigem Erfolge behandelt und sogar bei Pockennarben mit einer nachts getragenen Maske aus Thiosinaminpflastermull erfreuliche Verbesserungen erzielt. Als ein wesentlich diese Behandlung unterstützendes Moment erweist sich ihre vollkommene Reiz- und Schmerzlosigkeit, insbesondere im Vergleich mit den Thiosinamininjektionen. An bedeckt getragenen, unbehaarten Körperstellen ist am empfehlenswertesten der permanent getragene Thiosinaminpflastermull. Im Gesicht, an den Händen und an behaarter Haut ist das Einschäumen der Salbenseife, welches ebensogut, aber langsam wirkt, wohl in den meisten Fällen vorzuziehen. Doch kann man in schweren Fällen im Gesichte (entstellende Brandnarben, Pockennarben) beide Formen so kombinieren, dafs nachts der Pflastermull getragen und bei Tage die Salbenseife eingeschäumt wird.

Unter den Kombinationen mit den früheren Mitteln halte ich die Applikation der Thiosinaminsalbenseife mit nachfolgender Bedeckung mit Quecksilberpflastermull und interkurrenter Massage und die abwechselnde Verwendung des Thiosinamin- und Quecksilberpflastermulls für die wirksamste, allerdings etwas reizende Behandlungsmethode.

Mit diesem Hinweise hoffe ich dem von H. v. Hebra mit Recht empfohlenen und bisher zu wenig verwandten Thiosinamin bei der Behandlung sämtlicher Fibrosen und sklerotischen Prozesse zu weiterer Verbreitung bei den praktischen Ärzten und Chirurgen zu verhelfen, die in noch höherem Maſse als die Dermatologen derartigen Affektionen bisher ratlos gegenüber zu stehen pflegten.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. November 1899.

Originalbericht von Dr. John Hirsch-Berlin.

Der bisherige Vorstand wurde wiedergewählt.

Plonski stellt vor der Tagesordnung einen 9 Jahre alten Knaben vor, der seit sieben Jahren an **Lupus** leidet. Er wurde in einer einzigen Sitzung nach Hollaender 20 Minuten mit Heisluft behandelt. Wenn man in Betracht zieht, welch ein schrecklich entstelltes Bild der Knabe vor seiner Behandlung darbot, so ist der Erfolg zur Zeit ein ausgezeichneter, wobei nicht vergessen werden darf, daſs das gute Resultat sehr schnell erzielt worden ist. Es ist vielleicht noch eine kleine Nachbehandlung notwendig.

Als zweiten Fall demonstriert derselbe eine Frau mit **Dermatitis herpetiformis Duhring**. Es handelt sich um groſse erythematöse Flächen, die von scharfen serpiginösen Linien mit pustulösen Effloreszenzen begrenzt werden.

Buschke bezeichnet die Erkrankung als Herpes gestationis. Er habe die Frau bereits längere Zeit beobachtet. Die Affektion verschwand am Ende der Schwangerschaft und trat im Anschluſs an das Stillen wieder auf.

Blaschko kann sich mit beiden Diagnosen nicht befreunden. Gegen das Vorhandensein von Herpes gestationis bestimme ihn, daſs man groſse sehr scharf umgrenzte, kreisförmige, erythematöse Flächen sieht und nirgends erkennt man auch nur eine Spur Pigment oder eine narbige Veränderung. Er möchte glauben, es handele sich hier um Impetigo herpetiformis.

Buschke bestreitet das Vorhandensein von Impetigo herpetiformis. Diese Erkrankung zeigt einen septischen Charakter. Seines Wissens sind hiervon nur fünf bis sechs Fälle beschrieben, von denen die Mehrzahl zu Grunde ging. Hier handelt es sich aber um eine gutartige Hautaffektion, die kurz nach der Entbindung im Anschluſs an das Stillen recidivierte. Während der klinischen Beobachtung des Falles waren alle Zeichen eines Herpes gestationis — so auch das Pigment — vorhanden.

Blaschko führt aus, daſs auch die Impetigo herpetiformis eine Erkrankung der Schwangeren und Wöchnerinnen sei und häufig mit Herpes gestationis verwechselt werde. Es sei bereits eine sehr viel gröſsere Zahl von Impetigo herpetiformis beobachtet; ein Teil dieser Fälle hatte einen milderen Verlauf.

Buschke hält an der Diagnose Herpes gestationis fest, weil alle Charaktere dieser Erkrankung hier vorliegen. Das multiforme Auftreten (man sieht Quaddeln, Bläschen etc.), die Recidivierbarkeit der Affektion, das Auftreten derselben während

der Gravidität resp. unmittelbar nach derselben, die Zurücklassung von Pigment, die Gutartigkeit des Leidens, lassen an der Diagnose Herpes gestationis keinen Zweifel.

Rosenthal schließt sich dieser Diagnose vollständig an.

Plonski stellt alsdann eine Frau vor, welche der Witterung ausgesetzt ist, da sie viel im Freien arbeitet. Die Hauterkrankung an der Nase und Stirn besteht seit einem Jahre. Es handelt sich um flache **Kankroide.**

Isaac II demonstriert einen 38 Jahre alten Patienten, der vor 14 Jahren im Anschluss an einen Chancre mixte einen doppelseitigen Bubo acquirierte. Zur Beseitigung desselben wurde die Exstirpation der Lymphdrüsenpackete auf beiden Seiten ausgeführt. Danach trat ein Ödem des Scrotum und des Penis ein. Zur Zeit ist keine syphilitische Erscheinung vorhanden. Die Cirkulationshindernisse haben zu einer **Elephantiasis scroti et penis** geführt. Durch die Abortivmethode nach Lang können wir die Exstirpation der Lymphdrüsen umgehen und so die Folgezustände, wie sie hier hervortreten, verhüten.

Mankiewicz mahnt zur Vorsicht in der Beurteilung solcher Fälle. Er ist der Meinung, dass die Narben, welche durch die Injektion von Argentum nitricum in den Lymphdrüsen hervorgerufen werden, zur Obstruktion der Lymphwege führen. Es wird also derselbe Effekt erreicht, wie ihn die Lymphdrüsenexstirpation hervorruft.

Nach Eintritt in die Tagesordnung stellt Saalfeld einen Fall zur Diagnose vor. Patient ist 24 Jahre alt, Waschmeister von Beruf, stammt aus gesunder Familie, war bis vor einem halben Jahre Krankenwärter. Vor ca. fünf Monaten traten an der linken Nasenseite hirsekorn- bis erbsengroße Erhebungen auf. Diese verbreiteten sich allmählich über die ganze Nase und die Stirn. Die Eruption ist wegdrückbar. Aus den Erhebungen entleert sich helle Flüssigkeit; in den letzten Tagen war sie jedoch etwas blutig gefärbt. Die Diagnose ist sehr schwierig. Für das Vorhandensein von einem Syphilid spricht kein einziges Symptom; auch die Diagnose Lymphangiom ist zurückzuweisen, da die Erkrankung nicht angeboren ist. Da Patient Waschmeister ist, dachte man an die Möglichkeit, dass eine Chlorakne vorhanden sein könne. Doch die von Herxheimer angegebenen Symptome treffen auf diesen Fall durchaus nicht zu. Das Allgemeinbefinden war durch die Hautaffektion nie gestört. Auch an Leukämie resp. Pseudoleukämie dachte man; aber auch für das Vorhandensein dieser Erkrankungen findet sich hier kein Anhaltspunkt. Der mikroskopische Befund steht noch aus.

Pinkus weist auf die Weichheit der Knötchen hin. Er glaubt es handele sich um eine **Form der Tuberkulose,** die Ähnlichkeit mit der Acne teleangiectodes Kaposi oder dem Lupus disseminatus von Finger und Jadassohn hat. Er habe einen ähnlichen Fall zu mikroskopieren Gelegenheit gehabt. Tuberkelbacillen seien nicht gefunden worden; doch handele es sich um Gebilde, die dem Tuberkelknötchen sehr ähnlich sehen. Man findet in der Mitte eine Nekrose, ferner Riesenzellen.

Auch Berger spricht im Pinkusschen Sinne.

Saalfeld bemerkt noch, dass der Patient weder hereditär belastet ist, noch das Aussehen eines Tuberkulösen hat.

Alsdann hält Rosenthal den angekündigten Vortrag: **Zur Technik der Quecksilbertherapie.** Angeregt durch den Vortrag Blaschkos: „Eine neue Methode der Quecksilbertherapie", demonstriert R. zuvörderst die auf seiner Klinik bei der Schmierkur üblichen Wäscheschoner. Es sind dies aus Baumwolle gefertigte, dem betreffenden Körperteil sich fest anschmiegende mit Bändern versehene Ärmel, halb Weste, halb Unterhose, die sowohl rechts als links gebraucht werden können. Der Redner kommt alsdann auf die Methode Welanders zur Behandlung der Syphilis zurück, welcher gezeigt hat, dass man statt der gewöhnlichen Einreibung das Quecksilber mit der

Hand nur sanft auf die Haut zu streichen brauche, ja es genüge bereits, wenn man die graue Salbe auf einen Flanelllappen streicht und denselben Tag und Nacht auf der Brust tragen lasse. Auf Blaschkos Veranlassung ist es der Firma Beiersdorf gelungen, einen Stoff mit einer 90% Quecksilber enthaltenden Salbe zu imprägnieren. Man läfst den so hergestellten Stoff — Mercolint genannt — als Schurz so lange auf der Brust Tag und Nacht tragen, bis derselbe sein Quecksilber zum gröfsten Teil abgegeben hat. Rosenthal spricht lieber von Latz als von Schurz. Auch ist er nicht mit der von Blaschko gebrauchten Form einverstanden. Er hat eine Weste konstruieren lassen aus innen rauhem Wollstoff. Der Patient schmiert die Quecksilbersalbe selbst auf den Stoff, wobei ein Teil des Quecksilbers verdampft, das dem Patienten zu gute kommt. Diese Methode eignet sich nur für Patienten, die ambulant behandelt werden, denn wenn wir die Patienten liegen lassen, werden wir zur wirksameren Inunktionskur greifen. Hierbei gelangt nicht nur das in der Salbe enthaltene Quecksilber in Dampfform zur Aufnahme, sondern auch das Metall, welches durch die Einreibung mechanisch in die Haut gedrängt wird, gelangt zur Resorption. Wir können uns der von Welander zuerst empfohlenen Überstreichungskur resp. deren Modifikationen nur bei Einleitung einer leichten Kur, also einer Präventivkur oder einer milden Zwischenkur, bedienen.

Blaschko führt aus, dafs er den von ihm empfohlenen Schurz bei ambulanten Patienten appliziere; er habe nur theoretisch hinzugefügt, dafs die Wirkung des Mercolintschurzes bei ständiger Bettruhe eine schnellere und stärkere sei. Ein Vorteil dieser Methode sei auch, dafs dieser Latz dem Patienten fertig in die Hand gegeben werde; er habe nichts mehr zu schmieren. B. weist noch darauf hin, dafs Welander gezeigt habe, dafs während des Aktes des Einstreichens die Inhalation von Quecksilber eine verschwindend kleine Rolle spiele. Er sehe also in der Applikationsweise Rosenthals keinen Vorzug. Will man die Verdunstungsfläche vergröfsern, so läfst man zwei Mercolintschurze, einen auf der Brust, den andern auf dem Rücken tragen; es entsteht so eine Mercolintweste. Auch er betrachte diese Anwendung des Quecksilbers nicht als starke Kur, sondern nur intermediäre Kur, welche überdies für den Patienten sehr bequem und wenig störend ist.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 50, Heft 1.

I. **Syphiloderma haemorrhagicum adultorum**, von G. Piccardi-Turin. Seit dem Jahre 1855 wurde von verschiedenen Autoren berichtet, dafs bei hereditärsyphilitischen Kindern bisweilen Hämorrhagien an der Haut und an inneren Organen in Erscheinung treten. Behrend hat die verschiedenen Symptome dieser Hämorrhagien zu einem Bilde vereinigt und als einzige Ursache derselben die syphilitische Infektion hingestellt. Er bezeichnete diese Krankheitsform, welche durch Hautblutungen, Nabelblutungen und Enterorrhagien, durch Hämaturie und ausgedehnte Blutungen in jedem beliebigen Organe im Anschlufs an zufällige Läsionen charakterisiert ist, mit Syphilis haemorrhagica neonatorum. Auch bei Erwachsenen wurden syphilitische Hämorrhagien beobachtet. Diese sind jedoch nur an der Haut lokalisiert und gehören ausschliefslich der sekundären Periode an.

Verfasser hatte Gelegenheit in Prof. Peronis Poliklinik einen derartigen Fall von Syphiloderma haemorrhagicum secundarium zu beobachten. Der 38jährige Patient zeigte früher weder Neigung zu Hämophilie, noch war er Potator oder starker Raucher. Mitte September 1897 kam er mit einem syphilitischen Primäraffekt auf dem Dorsum penis. Erst im November stellte sich der Patient wieder vor mit einem voll entwickelten, kleinpapulösen Exanthem am ganzen Körper. An den unteren Extremitäten, namentlich an den Unterschenkeln bemerkte man an den Papeln je nach dem Stadium ihrer Entwickelung Blutaustritte vom lebhaften Rot über dunkelrot bis blau und schwärzlich. Sie änderten ihre Farbe nicht auf Fingerdruck. Der Patient war anämisch, stark abgemagert, klagte über grofse Schwäche, Kopfschmerzen, rheumatoide Schmerzen in den Gelenken. Der ganze Zustand besserte sich unter einer Injektionskur mit Sublimatlösung. Die Bepinselung der einzelnen Papeln mit Kalomeltraumaticin bewirkte ein Zurückgehen der Effloreszenzen.

Verfasser teilt ausführlich das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Aus derselben ergiebt sich, dafs die histologischen Charaktere einer Effloreszenz im grofsen und ganzen von denen einer gewöhnlichen syphilitischen Papel sich nicht unterscheiden. Hinzu tritt nur als neues wesentliches Merkmal die Hämorrhagie. Der Form, der Gröfse und des ganzen klinischen Symptomenkomplexes nach sind die Effloreszenzen als lentikuläre Papeln anzusehen, ihrer histologischen Struktur nach gehören sie jedoch mehr zu den miliaren oder lichenoiden Papeln. Sehr auffallend ist im histologischen Bilde die mächtige Infiltration im Centrum der Papel. Dieselbe erstreckt sich nicht nur auf das Stratum papillare und subpapillare, sondern auch auf das Unterhautzellgewebe zwischen Fettzellen und Bindegewebsbalken. Es handelt sich hier also um einen Entzündungsprozefs, der mehr in die Tiefe greift, als bei der gewöhnlichen syphilitischen Papel. Auch die Anwesenheit von Riesenzellen veranlafst die Papeln zu den lichenoiden zu rechnen. Die Riesenzellen fehlen jedoch ganz im Unterhautzellgewebe, ein Umstand, der die in Rede stehende Dermatose von dem subcutanen Gumma unterscheidet.

Die Hämorrhagie im Derma erklärt Verfasser sich durch Diapedese in der Subcutis, teilweise durch Diapedese, teilweise auch durch Ruptur kleiner Kapillaren entstanden.

Aus seinen Beobachtungen zieht Verfasser folgende Schlüsse:

1. Neben den makulösen, papulösen, pustulösen, ulcerösen etc. Hautsyphiliden mufs man ein sekundäres, hämorrhagisches Hautsyphilid zugeben, welches durch klinische Symptome und eine besondere histologische Struktur gekennzeichnet ist.

2. Dieses Hautsyphilid zeigt sich vornehmlich an solchen Stellen, wo Cirkulationsstörungen präexistieren.

3. Dasselbe wird durch einen kleinzelligen Infiltrationsprozefs der Gefäfse des Derma und des Hypoderma und des ihnen benachbarten Gewebes hervorgebracht, welches den Austritt des Blutes mit allen seinen Bestandteilen zur Folge hat, sei es durch Wanderung der Blutelemente durch die degenerierten Gefäfswände, sei es Zerreifsen der schwer veränderten Kapillaren.

II. **Kritisches und Experimentelles zur Lehre von den Antipyrinexanthemen.** Nach Versuchen des Prof. H. Köbner, von Wilhelm Wechselmann-Berlin. Die in der Arbeit von Apolant „Die Antipyrinexantheme" angegebenen Versuche wurden seitens Prof. Köbner einer Nachprüfung unterzogen. Apolant glaubte erwiesen zu haben, dafs für die Entstehung des fixen Antipyrinexanthems die Applikationsweise des Medikamentes — ob innerlich oder äufserlich — „absolut bedeutungslos" ist. Nach den Versuchen Köbners verhalten sich nicht alle „Antipyrinidiosynkrasiker" in gleicher Weise, wie es Apolant an sich selbst erfahren hat. Ein

Individuum, das sich gegen Antipyrin bei innerem Gebrauche empfindlich erwies, zeigte bei Applikation einer starken Antipyrinsalbe auf residuale Flecken eines früher überstandenen Antipyrinexanthems keinerlei Reaktion. Daraus ergab sich gleichzeitig, dafs von der Haut des betreffenden Patienten aus nachweisbare Mengen Antipyrin nicht resorbiert wurden. Dasselbe negative Resultat ergaben die Versuche, welche Prof. Köbner an sich selbst und am Verfasser anstellte. Auf der anderen Seite genügten bei stärker idiosynkrasisch gegen Antipyrin veranlagten Personen Einreibungen viel kleinerer Salbenmengen, um heftige Exantheme zu erzeugen. Alle in dieser Richtung angestellten Versuche zeigten klar, dafs das Antipyrin in Salbenform nur wirkt, wenn es resorbiert wird, dafs es aber örtlich auf gesunder Haut eingerieben gar keinen Effekt hervorruft. Bei positiv reagierenden Personen gelang es nur an solchen Stellen das Exanthem zu erzeugen, welche schon früher durch den Antipyringebrauch erkrankt gewesen waren. Es gelang bei diesen Individuen auch niemals trotz ausgedehnter Einreibungen mit Antipyrinsalbe, statt jenes lokalisierten ein universelles, disseminiertes Exanthem hervorzurufen. Nach Mibelli's histologischen Untersuchungen handelt es sich bei den Antipyrinerythemflecken nicht lediglich um eine angioneurotische Störung, sondern um eine echte exsudative Entzündung der papillären und subpapillären Schicht der Cutis nebst Lockerung der Horn- und Stachelschicht der Epidermis. Durch den lange andauernden chronischen perivasalen Proliferations- und Pigmentationsprozefs sind die anatomischen Bedingungen für die krankhafte Empfindlichkeit der betroffenen Stellen gegeben. Hierin ist die Ursache dafür zu suchen, dafs unter jeder neuen Einwirkung der spezifischen Noxe gerade diese empfindlich gebliebenen Stellen immer wieder aufs neue erkranken. Diese akuten Exacerbationen, welche sich je nach dem Grade der einmal stattgehabten histologischen Veränderungen bald schwächer bald stärker, bald in Form von Erythemflecken, bald in Form von Blasen äufsern, kann man ohne die mystische Vorstellung einer „Steigerung der Idiosynkrasie" als gelegentliche, lokale mehr oder minder gesteigerte Exsudation auffassen. Die recidivierende Exsudation an früher befallenen Stellen ist darauf zurückzuführen, dafs hier die Blutgefäfse durch das Antipyrin eine dauernde Schädigung erlitten haben und durchlässig geblieben sind. Obwohl es keinem Zweifel unterliegt, dafs das im Blute cirkulierende Antipyrin an den betroffenen Stellen direkt örtlich reizend wirkt, also im Hauptorgan selbst einen Angriffspunkt findet, so ist doch die Möglichkeit eines Einflusses vasomotorischer Centren auf die primäre Entstehung des Antipyrinexanthems nicht ganz von der Hand zu weisen, namentlich wenn man berücksichtigt, dafs der Ausbruch nicht selten von pro- und syndromalen Erscheinungen seitens des Centralnervensystems begleitet ist. Die Pathogenese ist nach dieser Richtung hin noch nicht völlig geklärt.

III. **Über die Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie und bei Pseudoleukämie**, von Felix Pinkus-Breslau. Man kann drei völlig von einander getrennte Grundtypen leukämischer Hautausbrüche unterscheiden:

1. Tumorartige Neubildungen, die als leukämische Zellablagerungen in der Haut anzusehen sind: Leukämische Tumoren.

2. Unter dem Bilde allgemeiner Hautentzündung verlaufende Fälle, in denen erst spät leukämische Tumoren in der Haut sich zeigen: Typus der Lymphodermia perniciosa-Kaposi.

3. Exsudative (meist urtikarielle) Ausbrüche, welche selbst nicht aus Ablagerungen leukämischen Zellmaterials bestehen, sondern in irgend einer indirekten Weise durch das Allgemeinleiden hervorgerufen zu sein scheinen, ebenso wie bei sonstigen Affektionen des Lymphapparates (besonders der Milz, bei Malaria), bei Carcinomen, bei Lebererkrankungen, bei Echinokokken langdauernde Urtikaria entstehen kann:

sogenannte Prurigo bei Pseudoleukämie. Bei dieser letzten Form scheint Tumorbildung aufserordentlich selten zu sein.

Verfasser teilt im folgenden die Krankengeschichte dreier der ersten und der dritten Gruppe angehöriger Fälle mit, die in der Breslauer dermatologischen Klinik zur Beobachtung gelangt sind.

Fall 1 betrifft einen 60jährigen Mann, dessen jetzige Krankheit vor vier Jahren mit Rötung und Schwellung der Nase begann. Gleichzeitig schwollen die Lymphdrüsen im Gesicht (zuerst an beiden Ohren), später am Hals, Nacken und in der Leistengegend an. Gegenwärtig zeigen sich die Hauptveränderungen an der Haut im Gesicht, an den Ellenbogen und Handrücken. Die pathologischen Schwellungen sind teils cutane, teils subcutane (Lymphdrüsen). Man sieht Tumoren von weicher Konsistenz an den Augenbrauen, an der Nase, an den Lippen, an den Ellenbogen und Handrücken. Ein kleiner Knoten liegt im rechten oberen Augenlide. Die Lymphdrüsen sind besonders stark vergröfsert am Kopfe und Hals, weniger am Stamm und den Extremitäten. Der Fall verlief letal. Bei der Obduktion erwies sich unter anderen pathologischen Veränderungen die Milz $2^1/_2$mal so grofs wie in der Norm, das Herz zeigte braune Atrophie und hochgradige fettige Degeneration, ebenso die Leber u. s. w.

Die histologische Untersuchung ergab in allen Organen mehr oder minder starke, wohl überall circumvasculäre Ansammlungen von kleinen rundkernigen Zellen. In diesen Zellhaufen begegnete man sehr wenigen Mitosen. Die Blutgefäfse enthalten den Zellen in den Rundzelleninfiltraten sehr ähnliche Lymphocyten. Die Lymphgefäfse sind mit Lymphocyten stellenweise vollgepfropft. Die Milz hat durch das Vorherrschen der kleinen Rundzellen ihre normale Struktur fast vollständig eingebüfst. Nirgends sieht man etwas von Malpighischen Körperchen. Die gleichen Rundzellen bilden auch den wesentlichsten Bestandteil des Knochenmarks.

Sowohl die klinische Untersuchung, namentlich der Befund einer aufserordentlichen Lymphocytenvermehrung, wie das Ergebnis der makroskopischen und mikroskopischen Betrachtung der Leichenteile ergeben übereinstimmend das Bild der lymphatischen Leukämie. In diesem Falle war das Verhältnis der roten zu den weifsen Blutkörperchen gleich 16—7,7 : 1.

In Fall 2, der einen 57jährigen Landarbeiter betraf, war die Tumorbildung im Gesichte sehr ähnlich der des ersten Falles. Das Verhältnis der roten zu den weifsen Blutkörperchen war gleich 90 : 1 bei bedeutender Vermehrung der Lymphocyten. Die Diagnose lautete: beginnende lymphatische Leukämie.

Im Falle 3 wurde die klinische und hämatologische Diagnose einer lymphatischen Leukämie mit Lymphombildung der Haut durch die histologische Untersuchung der Hauttumoren gesichert. Die Blutuntersuchung ergab ein Verhältnis der roten zu den weifsen Blutkörperchen wie 30 : 1. Zieht man den Unterschied in den Verhältniszahlen von weifsen und roten Blutkörperchen in Betracht, welche diese drei Fälle und zahlreiche in der Litteratur publizierte aufweisen, so mufs es klar sein, dafs nicht das quantitative Blutverhältnis, sondern die qualitative Zusammensetzung des Blutes für die Diagnose mafsgebend sein kann. Die Pseudoleukämie und die lymphatische Leukämie weisen dieselbe qualitative Blutveränderung auf, welche in einer konstanten Lymphocytenvermehrung besteht. Man wird deshalb beide Affektionen als nur graduelle Unterschiede einer nach derselben Richtung strebenden pathologischen Veränderung auffassen. Verfasser versucht diese Anschauung an der Hand der einschlägigen Litteratur zu beweisen. (Schlufs folgt.)

IV. **Über einen Bakterienbefund bei Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtherie-**

bacillen, von Ludwig Warlsch-Prag. Der Verfasser beschreibt zunächst die Krankengeschichte eines Falles von Pemphigus vegetans, charakterisiert durch kontinuierliche Blasenschübe mit konsekutiver Bildung frischer Wucherungen an den Stellen, an welchen Blasen aufgetreten waren. Die einzelnen Blasenschübe waren stets von Temperatursteigerung begleitet, die zeitweilig, namentlich gegen Ende der Krankheit einen hohen Grad erreichte. Der 34jährige Patient ging nach mehrmonatlichem Krankenlager an zunehmendem Marasmus zu Grunde.

Die bakteriologische Untersuchung des serösen Inhaltes frischer Blasen ergab konstant im Ausstrichpräparate spärliche Leukocyten, sowie kleine, ziemlich kurze grambeständige Bacillen, die aus kleinen, der Länge nach aneinander gereihten Körnchen zusammengesetzt waren und wie Kokken aussahen. Im Ausstrichpräparate des eitrigen Blaseninhaltes waren diese Bacillen nur selten nachzuweisen, dagegen fanden sich neben vielen Leukocyten zahlreiche Staphylokokken.

Die kulturelle Untersuchung des eitrigen Blaseninhaltes ergab Eiterkokken, während die des serösen Blaseninhaltes stets denselben Bacillus erkennen liefs. In Agarplatten, die bei 37° im Brutofen gehalten wurden, stellten sich seine Kolonien dar als oberflächliche, kreisrunde, scharf begrenzte, flache Auflagerung von schmutzigweifser Farbe und starkem, wachsartigen Glanz; mikroskopisch zeigten sie sich als rundliche bräunliche Kolonien von fein granulierter Oberfläche. Die mikroskopische Untersuchung der Kolonie ergab kurze, an ihren Enden leicht abgerundete Stäbchen, die sehr oft zu zweien und mehreren der Länge nach nebeneinander gelagert waren und sich in den frischen Kulturen gleichmäfsig, in den älteren dagegen ungleichmäfsig färbten. Indem dunklere punktförmige Teile mit lichteren Zwischenräumen abwechselten, wurden manchmal Kettenkokken vorgetäuscht. Ihre Gestalt ist hier auch eine sehr wechselnde, indem sie Keulen- und Hantelformen zeigt, die infolge der ungleichen Färbbarkeit ihrer Teile zuweilen wie septiert erscheinen. Sie sind grambeständig, entfärben sich jedoch nach längerer Einwirkung des Alkohols vollständig. Auf verschiedenen anderen Nährböden zeigt sich mehr oder minder rasches, mehr oder weniger üppiges Wachstum der Kolonien.

Die bakteriologische Untersuchung des Blutes zur Zeit eines starken Fieberanstieges, welcher gewöhnlich mit dem Auftreten frischer Blasen zusammenfiel, ergab das überrasche Resultat, dafs innerhalb der mit dem Blute benetzten Nährbodenteile spärliche Kolonien des oben beschriebenen Mikroorganismus aufgingen.

Aus den Tierversuchen, welche mit den Reinkulturen dieses Bacillus vorgenommen wurden, ging hervor, dafs man es im vorliegenden Falle mit einem durch Gestalt und Wachstum wohl charakterisierten, in die grofse Gruppe der Diphtheriebacillen gehörigen Mikroorganismus von hoher Pathogenität gegenüber Kaninchen und Meerschweinchen zu thun hatte. Seine Zugehörigkeit zu dieser Gruppe ergab sich aus der bedeutenden Toxicität seiner Kulturen für Meerschweinchen, die, ohne dafs eine weitere Verbreitung des Virus stattgefunden hätte, zu Grunde gingen. Die Tiere hatten keine Veränderung der Haut oder der Schleimhäute nach der Impfung gezeigt. Somit war für die Ätiologie des Pemphigus vegetans durch die Tierversuche gar nichts gewonnen. Trotz des Befundes im Blute des Kranken möchte sich Verfasser bezüglich der ätiologischen Bedeutung des von ihm gefundenen Mikroorganismus sehr reserviert äufsern.

Was die Klassifizierung desselben betrifft, so weisen seine morphologischen Eigenschaften, die Kürze und verhältnismäfsige Dicke, sein üppiges Wachstum auf den gewöhnlichen Nährböden in Form weifslicher, glänzender Beläge oder Kolonien ihm einen Platz in jener „Pseudodiphtheriebacillen- oder Hofmann-Wellenhofschen Gruppe“ zu, die Zupnik in Übereinstimmung mit anderen Autoren als einen Sammel-

begriff heterogener Mikroorganismen aufgestellt hat. Er unterscheidet sich aber durch ein Moment von den Gliedern dieser Gruppe, nämlich durch seine spezifische Toxicität gegenüber Meerschweinchen, wie sie bisher charakteristisch für den Löfflerschen Diphtheriebacillus angesehen wurde. Da Verfasser bei seinem Bacillus noch andere, dem Löfflerschen Bacillus bisher als charakteristisch zugeschriebenen Eigenschaften, unter anderen die differential-diagnostische Färbung der Babes-Ernstschen Körner angetroffen hat, so glaubt er, „dafs die bisher zur Trennung der Löfflerschen Bacillen von jenen der Hofmann-Wellhofschen Gruppe herangezogenen differentialdiagnostischen Charaktere nicht ausreichen, um eine strikte Trennung zu rechtfertigen, weil ein nach Gröfse und Wachstumsform zur letzteren Gruppe gehöriger Mikroorganismus gerade die für die Diagnose „Löfflers Bacillus" als beweisend angesehenen Merkmale aufweisen kann."

V. **Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie des Ecthyma gangraenosum,** von Fritz Hitschmann und Karl Kreibich-Wien. Die aus der Beobachtung der beiden ersten, im Jahre 1897 in No. 50 der *Wien. klin. Wochenschr.* publizierten Fälle von Ecthyma gangraenosum gezogene Schlufsfolgerung lautete: „Der Bacillus pyocyaneus ist in diesen beiden Fällen der Erreger des Ecthyma gangraenosum, besitzt somit Eigenschaften eines für den Menschen pathogenen Bakteriums." Diese Schlufsfolgerung wird in der vorliegenden Arbeit durch die klinischen wie histologischen Befunde, welche die Verfasser gelegentlich der Beobachtung eines dritten, ein sechs Wochen altes Kind betreffenden Falles erhielten, dahin erweitert: „Bei hochgradig kachektischen Kindern findet sich in seltenen Fällen eine Erkrankung der Haut, die durch den Bacillus pyocyaneus erregt ist. Soweit die geringe Zahl von Beobachtungen eine Charakterisierung der Erkrankungen zuläfst, ist dieselbe gekennzeichnet durch eine meist scharf umschriebene, gewöhnlich von einem roten Halo umgrenzte, rotbraune oder mehr dunkelbraune Verfärbung von Linsen- bis Kreuzergröfse. Das Centrum der Efflorescenzen zeigt frühzeitig hämorrhagisch nekrotischen Zerfall, und die Sonde gelangt bei der Untersuchung in ein braunrotes, morsches, nicht blutendes Gewebe. Anatomisch entspricht diesen Efflorescenzen eine umschriebene Nekrose der Cutis mit reichlichen peripheren Hämorrhagien. Aufser Nekrose und Hämorrhagie finden sich noch die Zeichen einer geringgradigen Entzündung. Dort wo die Entzündungserscheinungen sehr geringfügig sind, liegt die Efflorescenz im Niveau der umgebenden Haut, bei etwas stärker ausgesprochener Entzündung treten die Efflorescenzen flach papelartig gegenüber der Umgebung hervor, wodurch die bereits erwähnte klinische Verschiedenheit erklärt wird. Aber auch bei diesen Efflorescenzen findet man die hämorrhagisch nekrotische Beschaffenheit des centralen Anteils; letzteres Symptom zusammen mit dem Vorhandensein von reichlichen dünnen Stäbchen im Ausstrichpräparat dieses Anteils ist das wichtigste differentialdiagnostische Moment, um diese Erkrankung gegenüber klinisch ähnlichen, bei Kindern öfters zum centralen Zerfall der Efflorescenzen führenden Erkrankungen abzugrenzen. Die gewonnene Reinkultur des Bacillus pyocyaneus wird die klinische Diagnose „Ecthyma gangraenosum" vervollständigen."

VI. **Zur Pathogenese der blennorrhoischen Epididymitis,** von Paul Witte-Breslau. Die Ansichten bezüglich der Ätiologie der blennorrhoischen Epididymitis sind geteilt. Während einige Autoren die bei Blennorrhoe auftretende Epididymitis und Orchitis als die Wirkung eines vom Gonococcus zu unterscheidenden Mikroorganismus, des sogenannten Orchiococcus ansehen, nehmen andere eine Mischinfektion an. Die Mehrzahl aber glaubt jetzt, dafs die Epididymitis bei Blennorrhoe durch den Gonococcus selbst erzeugt werde. Den Nachweis haben mehrere Autoren erbracht. Verfasser referiert kurz über die einschlägige Litteratur und teilt sodann die Kranken

geschichte eines Falles von Blennorrhoe kompliziert durch Epididymitis mit, bei welcher sich am unteren Pol des erkrankten Nebenhodens ein Abscefs entwickelt. Derselbe wurde incidiert, die entleerte blutig eitrige Flüssigkeit in sterilen Röhrchen aufgefangen und ebenso wie das Harnröhrensekret mikroskopisch wie kulturell untersucht. Im Harnröhrensekret fanden sich zahlreiche, gröfsenteils intracellulär gelagerte, nach Gram leicht entfärbbare Diplokokken, die auf Ascitesnährböden üppig, auf Glycerinagar gar nicht wuchsen. Der Abscefsinhalt enthielt neben roten Blutkörperchen und Detritus viel Eiterkörper und zum Teil in diesen, zum Teil frei im Haufen liegende Diplokokken von der Gröfse und dem Aussehen von Gonokken, die nach Gram sich leicht entfärbten. Aufser diesen Diplokokken fanden sich keine anderen Mikroorganismen in dem Abscefsinhalt. Dieser wurde auf verschiedene Nährböden verimpft. Kulturen auf Glycerinagar und in gewöhnlicher Bouillon bleiben völlig steril, solche auf Ascitesagar und in einer Mischung von Ascitesflüssigkeit und Bouillon (1 : 2) entwickelten Kolonien, die sich ihrem morphologischen und tinktoriellen Verhalten nach als Reinkulturen des Gonococcus erwiesen. Somit unterliegt es wohl keinem Zweifel, dafs im vorliegenden Falle eine Einwanderung des Gonococcus von der Harnröhre nach dem Nebenhoden hin stattgefunden und zu einer Entzündung und Abscefsbildung des Nebenhodens geführt hat. Weshalb es in dem einen Falle von Epididymitis zu einer Abscefsbildung kommt, in dem anderen nicht, ist bis jetzt noch völlig unaufgeklärt. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

Band 6, Heft 5. 1899.

I. **Beitrag zur Diagnostik der Hautgummen,** von Arnold Loewald-Frankfurt a. M. Der 53jährige Patient ist verheiratet, hat fünf lebende Kinder, neun sind gestorben, davon acht angeblich am Croup. Im Jahre 1894 bemerkte er an der Streckseite des rechten Vorderarmes in der Haut ein Knötchen, das ihm keinerlei Beschwerden machte. Als sich dasselbe jedoch flächenhaft ausbreitete, empfand der Patient zeitweilig Spannung, stechende Schmerzen an der erkrankten Stelle und ein taubes Gefühl im ganzen Vorderarme. Im Laufe eines Jahres erreichte die Schwellung etwa Handflächengröfse. April 1895 stellte er sich im städtischen Krankenhause vor. Auf der lateralen Seite des rechten Vorderarmes, dicht unterhalb des Olekranon war eine kinderhandflächengrofse, lividrote, derbe, auf der Unterlage als ganzes ein wenig verschiebbare Platte zu fühlen, die bei genauerem Betasten aus vier derben, knotenartigen, markstückgrofsen Teilen bestand. Sensibilitätsstörungen waren an der erkrankten Hautpartie nicht vorhanden. Die Diagnose lautete damals Sklerodermie. Die Behandlung mit heifsen Armbädern, Massage, Elektrolyse änderte den Zustand nur insoweit, dafs die Infiltration sich nicht mehr so derb, wie im Anfange, anfühlte. Nach zweimonatlichem Aufenthalte verliefs der Patient nicht sehr wesentlich gebessert das Krankenhaus. Erst drei Jahre später liefs er sich wieder sehen. Die Knoten waren in dieser Zeit allmählich verschwunden. Vor einem Vierteljahre bemerkte er in der Mitte der Beugeseite des rechten Vorderarmes ein Knötchen, das rasch wuchs, und später ein zweites auf der Streckseite. Gleichzeitig stellte sich eine leichte Verdickung der Haut oberhalb des rechten Olekranon ein, die in kurzer Zeit thalergrofs wurde; etwas oberhalb dieser Stelle hatte sich erst kürzlich ein Knötchen entwickelt. Wegen Verdachtes auf multiple, maligne Neubildungen (Sarkom) wurde eine Arsenkur eingeleitet (intravenöse Injektionen von Acid. arsenicosum, beginnend mit 0,001 g, täglich steigend um 0,001 g). Zur Sicherung der Diagnose wurde in Schleichscher Infiltrationsanaesthesie ein Knötchen in toto excidiert. Patient wird nach vier Wochen

in ziemlich unverändertem Zustande entlassen, stellt sich zwei Monate später wieder vor, erhält jetzt eine Jodkaliumlösung 20:300, dreimal täglich einen Eßlöffel. Wiederum acht Wochen später waren sämtliche Tumoren mit Hinterlassung glatter Narben verschwunden. Patient hatte nur eine Flasche Jodkalium verbraucht. — Die mikroskopische Untersuchung ergab einen Befund, bei dem man zweifelhaft sein konnte, ob Sarkom, Tuberkulose oder Syphilis vorlag. Das rasche spurlose Verschwinden sämtlicher Tumoren unter geringen Mengen von Jodkalium entschied jedoch zu Gunsten der letzteren.

II. **Beitrag zur Behandlung der Acne vulgaris,** von Julius Müller-Wiesbaden. Verfasser plädiert für einen häufigeren Gebrauch medikamentöser Seifen bei der Behandlung von Hautkrankheiten, insbesondere der Acne vulgaris. Die Applikation kann auf verschiedene Weise geschehen:

1. Durch einfaches Waschen mit warmem Wasser.
2. Durch Einreiben und Eintrocknenlassen des Seifenschaumes.
3. Der Seifenschaum wird mit trockenem Tuch in die Haut eingerieben.
4. Der Seifenschaum wird aufgetragen (wie zum Rasieren) und mit wasserdichter Bedeckung fixiert.

Als fünfte, sehr wirksame Form empfiehlt Verfasser folgendes Verfahren: Man schabe etwas Seife ab, rühre dieselbe mit wenig lauwarmem Wasser bis zur Konsistenz einer weichen Paste an, auf diese Weise erhält man eine schöne und sehr billige Schälpaste.

Die Erfahrungen des Verfassers mit der Seifentherapie der Acne vulgaris des Gesichts beziehen sich ausschließlich auf die Eichhoffschen Stückseifen. Von den neun von Eichhoff gegen Acne vulgaris empfohlenen medikamentösen Seifen verwendet Verfasser hauptsächlich zwei, nämlich die überfettete Resorcin-Salicyl-Schwefelseife und die Schwefel-Kampfer-Perubalsamseife, während er hier und da der Abwechselung halber auch die Resorcin-Schwefelseife und die Salicyl-Schwefelseife verordnet. Dagegen vermißt er unter den neun Seifenarten gerade diejenige, welche ihm durchschnittlich die besten Resultate gegeben hat, nämlich die $^1/_2$%ige und 1%ige Sublimatseife. Unter den fünf erwähnten Applikationsmethoden wendet Verfasser nur zwei hauptsächlich an, das einfache Waschen mit warmem Wasser und das Einreiben und Eintrocknenlassen des Seifenschaumes. Von großer Wichtigkeit ist es mit warmem, ja mit möglichst heißem Wasser zu waschen. Sehr zweckmäßig läßt sich die Behandlung mit medikamentösen Seifen mit Barlows Gesichtsdampfbädern verbinden.

Es ist nicht ganz gleichgültig, welche von den Seifen man anwendet. Wo bei der Akne die Komedonen überwiegen, ist die Sulfur-Kampfer-Perubalsamseife am Platze, bei welcher der Kampfer als starkes Excitans direkt und indirekt anregend auf den Drüsenapparat wirkt. Ähnliche Wirkung hat der Perubalsam. Wo Seborrhoe neben der Akne und als Ursache derselben vorherrscht, ist Salicyl-Resorcin-Schwefelseife von vorzüglicher Wirkung. Hat man es hauptsächlich mit impetiginösen Begleiterscheinungen, mit Follikulitiden und Perifollikulitiden und dem ganzen Schwarm der sekundären Eiterkokkeninfektion zu thun, dann wird man zur Sublimatseife greifen. Wenn die entzündlichen Erscheinungen sehr heftig sind, so läßt Verfasser neben heißen Waschungen morgens und abends $^1/_2$ Stunde lang heiße Umschläge machen, die oft wunderbar wirken. Unter dieser Behandlung sind Incisionen, Stichelungen, Kauterisationen fast ganz überflüssig. Komedonen lassen sich nach ca. achttägiger Anwendung der Seifen- und Heißwasserbehandlung event. mit Boraxzusatz leicht mit dem Komedonenquetscher ausdrücken. Eine gleichzeitig bestehende Seborrhoea capitis darf nicht vernachlässigt werden.

In vereinzelten Fällen kann man am Tage Seifen, des Nachts eine Resorcinschälpaste anwenden, namentlich wenn die ganze Haut stark verdickt und infiltriert ist. Für umschriebene Bezirke leistet in solchen Fällen auch Unnas Quecksilberpflaster Vorzügliches. Doch glaubt Verfasser von der gleichzeitigen Anwendung von Hg-Pflaster und schwefelhaltigen Seifen abraten zu müssen aus Besorgnis, es könnte eine für die Haut unangenehme Verbindung, vermutlich Schwefelquecksilber, entstehen. (NB. Thatsächlich ist diese Besorgnis ganz unbegründet, wie wir in Aachen fast täglich Gelegenheit haben, uns zu überzeugen. Die Entstehung von Schwefelquecksilber unter der Anwendung von Schwefelthermen und Quecksilbereinreibungen haben sich einzelne, von uns sonst hochgeschätzte Kollegen am grünen Tische sehr schön ausgerechnet. In praxi bekommen wir, die wir hier „an der Quelle sitzen" und ausgedehnte, sekundäre Erscheinungen unter täglichen Schwefelbädern und Quecksilberinunktionen relativ rasch zum Schwinden bringen, von einer solchen für die Haut schädlichen, resp. gegen Lues unwirksamen Verbindung nichts zu sehen. Ref.)

III. **Das Aussätzigenasyl „Jesus Hilfe" bei Jerusalem und der Aussatz in Palästina,** von Schmidtmann-Berlin. Das erwähnte Asyl liegt südwestlich von Jerusalem und wird vom Jaffathor aus in etwa einer halben Stunde erreicht. Verfasser hat in Begleitung des preußischen Kultusministers am 1. November 1898 die auf einer Anhöhe gelegene und aus einem stattlichen steinernen Gebäude inmitten eines terassenförmig ansteigenden und wohlgepflegten Gartens bestehende Anstalt besucht. Zur Zeit befanden sich 36 Aussätzige im Hause. Für die Kinder, deren Eltern leprös erkrankt sind, ist eine vom Leprosorium getrennte Kinderstation eingerichtet. Im allgemeinen ist eine strenge Isolierung der Leprösen von den Gesunden im Hause nicht durchgeführt, da der Anstaltsarzt Dr. Einsler der Ansicht huldigt, daß der Aussatz nicht durch Ansteckung, sondern durch die Vererbung in den befallenen Familien fortgepflanzt werde. Diese Ansicht stützt sich auf drei Gründe: 1. daß in der Anstalt seit ihrem 33jährigen Bestehen kein Fall einer direkten Ansteckung vorgekommen ist; 2. daß der Krankheitserreger als solcher noch nicht zweifellos sichergestellt ist; 3. daß sich die Krankheit vorzugsweise in Familien fortpflanzt, in welchen dieselbe schon seit Generationen besteht.

Auch in der Volksauffassung der Bewohner Palästinas überhaupt entbehrt die Lepra des Charakters einer ansteckenden Krankheit. Man sieht deshalb Lepröse auf den Landstraßen und vor den Thoren der Ortschaften unter dem Volke sich frei bewegen und ihre Einkäufe machen, wobei sie die Gegenstände mit ihren verkrüppelten Händen häufig betasten und wieder zurücklegen. Dagegen ist es ihnen verboten in die Orte selbst einzutreten. Man scheut die Kranken viel weniger aus Furcht vor Ansteckung, als aus Ekel und Widerwillen, man entfernt Aussätzige möglichst rasch aus der Gemeinschaft der Familie, der Dörfer und Städte nach dem allerdings krassen Egoismus bekundenden Grundsatze: So dich ein Glied ärgert, so schneide es ab. Der Lepröse wird als bürgerlich tot angesehen.

In Palästina giebt es etwa 200—300 Lepröse, unter denen sich wahrscheinlich auch manche zweifelhafte Fälle von Syringomyelie und Lues befinden mögen. Die meisten verfallen der Bettelei und suchen Anschluß an die großen Bettlergenossenschaften, welche in den drei von der Regierung den Ausgestoßenen gewährten Unterstandshäusern in Siloah, Ramleh und Nablus etabliert sind. Hier werden die Armen von der Munizipalität verpflegt und reichlich unterstützt.

In diese Bettelgenossenschaften, welche den Bettel systematisch betreiben und

das Volk brandschatzen, werden nur solche Lepröse aufgenommen, die eine bestimmte Summe entrichten können und deren Krankheit noch nicht so weit vorgeschritten ist, dafs sie unfähig sind, an der zum Nutzen der Genossenschaft betriebenen Bettelei teil zu nehmen. Für diese Elendesten, denen Bettelunfähigkeit die Unterkunft in den Regierungshäusern verschliefst, bietet das christliche Aussätzigenasyl die einzige und letzte Hilfe. Hohe, luftige Räume und Ordnung und penible Reinlichkeit im ganzen Hause mögen vielleicht die Thatsache erklären, dafs bisher eine Übertragung des Krankheitserregers der Lepra auf die gesunden Personen in der Anstalt nicht stattgefunden hat.

Unter den Patienten waren alle Formen und Abstufungen vertreten. Sechs waren vollständig erblindet.

Die Therapie beschränkt sich angesichts der Erfolglosigkeit der angewandten Mittel auf die Pflege des Körpers und auf das Verbinden der Wunden.

Verfasser glaubt, dafs, so musterhaft in vieler Beziehung die Anstalt und ihre Verwaltung sei, die Sorglosigkeit des Anstaltsarztes sowohl wie des angestellten Dienst- und Wartepersonals hinsichtlich einer direkten Ansteckung Bedenken bei denjenigen erregen müsse, welche auf dem kontagionistischen Standpunkte der internationalen Leprakonferenz stehen. Verfasser giebt die Wege an, auf denen es möglich sei, das Asyl auch diesem Standpunkt anzupassen. Vor allem verlangt er, dafs der leitende Arzt jederzeit mit der Wissenschaft gleichen Schritt halte, dafs er insbesondere verstehe, durch die mikroskopische, wie bakteriologische Untersuchung festzustellen, ob wirkliche Lepra oder ein der Lepra ähnliches Leiden vorliege.

Mit Genugthuung konstatiert Verfasser, dafs seitens der zuständigen Behörden auf Grund der gegebenen Anregung bereits die einleitenden Schritte zur Durchführung der vorgeschlagenen Mafsnahmen gethan worden sind.

IV. **Über die Verbreitung der venerischen Krankheiten.** Bericht für die internationale Konferenz zur Prophylaxis der Syphilis und der venerischen Krankheiten zu Brüssel 1899, von O. Lassar-Berlin. Die Grundbedingungen für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, insbesondere der Syphilis, sind nicht dieselben, wie wir sie bei anderen Infektionskrankheiten antreffen. Keine andere Infektion ist so unabhängig von physikalischen, klimatischen und tellurischen Einflüssen, keine so direkt an den menschlichen Verkehr gekettet, wie die venerischen Krankheiten. Beinahe in allen Kulturstaaten haben dieselben mit dem Wachsen der Bevölkerung, mit der Steigerung des Verkehrs gleichen Schritt gehalten.

In lebhaften Farben, in warmen, eindringlichen Worten schildert der Verfasser die Gefahren, welche dem Individuum, der Familie, der Nachkommenschaft, der Bevölkerung, ja der ganzen menschlichen Gesellschaft aus der gewissenlosen Verheimlichung und Vernachlässigung der Krankheit, aus der unverantwortlichen Sorglosigkeit vieler Behörden und aus der Unerfahrenheit zahlreicher Menschen erwachsen. Es sei eine falsche, verhängnisvolle und jeder ethischen Grundlage entbehrende Moral, die venerischen Krankheiten als gerechte Strafe unsittlichen Verhaltens anzusehen, da doch das grofse Kontingent der auf unschuldige Weise und ohne ihr Zuthun angesteckten Personen, wie so vieler Ehefrauen und Kinder, mit Recht auf jeden gesetzlichen und administrativen Schutz Anspruch machen darf.

Was mufs man thun, um der Verbreitung entgegenzutreten? Die Hauptarbeit in dieser Hinsicht fällt dem Arzte zu, der in breitester Öffentlichkeit sowohl, wie privatim in der Familie belehrend und aufklärend wirken und ohne Prüderie auf die möglichen Infektionsquellen und Infektionsmodi und die aus denselben resultierenden Gefahren aufmerksam machen soll. In den zur Bekämpfung und Eindämmung der

venerischen Krankheiten eingesetzten Behörden soll der Arzt die erste beratende und führende Rolle einnehmen.

Verfasser spricht den Wunsch aus, dafs vom Forum der internationalen Konferenz aus das „Cavete!“ in alle Länder dringen und das öffentliche Gewissen noch zu rechter Zeit aufrütteln möge. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologisches Centralblatt.

Oktober 1899.

Beitrag zur Behandlung der Psoriasis, von Hugo Goldschmidt. Nach den Angaben von Gruenebeeg behandelte Verfasser die Psoriasisfälle mit Eugallol (2 : 1 Aceton). Die Lösung wurde täglich auf die Schuppen aufgetragen und ¼—½ Stunde später Zinkpaste darüber gestrichen. Die Stellen sehen am nächsten Tage schwarz aus. Die Schuppen heben sich nach 1—2 Tagen leicht ab, eine rote glänzende Fläche wird sichtbar. Nach 5—6 Pinselungen war die Rötung verschwunden, eine braunrot gefärbte, glatte Fläche bleibt zurück, die in diesem Zustand wochenlang beharrte. Entzündung der Umgebung war selten und nur unbedeutend. Für ausgedehnte Psoriasisfälle ist die Behandlung zu mühsam und zu kostspielig; bei beschränkter Ausbreitung leistet die Methode für inveterierte Plaques vorzügliches. Intoxikationen scheinen kaum vorzukommen. Recidive kann man nicht verhüten. — Auch in einigen Fällen von Trichophytie und von chronischen schuppenden Ekzemen des Handrückens hat die Eugallol-Zinkbehandlung sich bewährt.

Über tingible Körperchen in syphiltischen Produkten, von Richard Lorb. Winkler beschrieb tingible Körper, die er in syphilitischen Produkten gefunden hat, Kuznitsky fand dieselben auch und vermutet, es könnte sich um Plasmodien handeln. Verfasser hat bei Initialsklerose, Ulcus molle, Blennorrhoe, Bubonen etc. auf dieselben Gebilde gefahndet, indem er die Methode von Kuznitsky (Pikrinsäure, Methylenblau) verwendete. Er sah dieselben in all den genannten Produkten auch oft, meistens frei im Serum, einige Male in Leukocyten, einmal (bei einer Sklerose) innerhalb eines roten Blutkörperchens. Verfasser glaubt nun, dafs es sich oftmals sicher um Kunstprodukte handelt; eine weniger eingreifende Methode anzuwenden, behält er sich vor. Er regt an, ob die freien Gebilde nicht auch freie Kerne sein könnten und ob nicht in dem Falle, in dem ein Körperchen innerhalb eines roten Blutkörperchens gefunden wurde, ein Normoblastenkern vorlag. Weitere Untersuchungen sollen das entscheiden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band X, Heft 11.

Radikaloperation der Balsenspalte (Ektopia vesicae) durch Implantation der Harnleiter in den Dickdarm, von Em. Herczel. Verfasser hat drei Fälle dieser scheufslichen Mifsbildung nach dem Maydlschen Verfahren operiert, indem er nach Mobilisierung der Blasenschleimhaut diese bis auf ein ovales Stück, welches die beiden Harnleiterwülste enthielt, excidierte und dann das Stück Blasenschleimhaut der Quere nach in den der Länge nach eröffneten Dickdarm einnähte. Alle drei Fälle sind befriedigend verlaufen. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

1899. No. 10.

Spermatorrhoe als Komplikation einer blennorrhoischen Urethritis, von A. v. Wahl. Ein 19jähriger Student mit der ersten akuten Blennorrhoe wird mit prolongierten Protargolinjektionen behandelt, was in wenigen Tagen ein Verschwinden der Gonokokken und Sistieren des Ausflusses bewirkt. Einige Tage darauf Trübung beider Harnportionen ohne Ausfluſs. In den Fäden finden sich Eiterkörperchen mit intracellulären Gonokokken, auſserdem Spermatozoen, später auch Hodenzellen. Es handelte sich also um eine subakute, beschwerdefreie Urethritis posterior und eine Miktionsspermatorrhoe. Die erste Portion wurde bald klar, die zweite blieb stark getrübt; es erfolgte also der Samenfluſs zum Schlusse des Miktionsaktes. Versuche ergaben, daſs die Protargolinjektionen nicht die Ursache der Spermatorrhoe waren. Letztere schwand zusammen mit der Heilung der Blennorrhoe. Bemerkenswert ist, daſs die spermatorrhoische Harntrübung sich schon makroskopisch durch die opalescierende weiſse Farbe kennzeichnet; auſserdem bildet sich in 2—3 Minuten ein flockiger Niederschlag in Form eines glänzend weiſsen Wölkchens. — Mikroskopisch erhält man mit den Methoden von Auerbach, Pick-Jacobsohn, Lanz gute Bilder von den Samenfäden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 17. Oktober 1899.

I. **Makulo-anästhetische Lepride des Handtellers,** von D. W. Montgomery-San Francisco. Der 13jährige Patient ist in Hawaii geboren und hat daselbst bis zu seinem vierten Lebensjahre zugebracht, später sind die Eltern mit ihren Kindern nach Californien gezogen. Keines der Familienmitglieder hat Lepra gehabt noch mit Leprösen verkehrt. Der Patient hat jedoch, wie sich feststellen lieſs, häufig mit einem jungen Chinesen Ball gespielt. Kurze Zeit darauf wurde der Chinese als leprös in ein Leprosorium gesteckt. Somit schien die Möglichkeit einer direkten Übertragung gegeben und auch sehr wahrscheinlich, als nachträglich sich herausstellte, daſs mehrere Verwandte des Patienten mütterlicherseits die Lepra gehabt hatten, sodaſs man hereditäre Belastung nicht ganz ausschlieſsen konnte. Im August 1892 wurde zum ersten Male eine harte, kallusartige Schwellung über dem letzten Gelenk des rechten Mittelfingers bemerkt. Als Verfasser den Patienten sah, war die ganze Haut dieses Fingers verdickt, gerötet, nässend. Die Verdickung an der Volarseite erstreckte sich bis zum Handteller. Die Schmerzempfindung, das Hitze- und Kältegefühl waren über der Dorsalfläche der zweiten Phalanx des erkrankten Fingers entschieden herabgesetzt; das Tastgefühl war besser, als die anderen Gefühle, erhalten. Der Fingernagel, die Knochen und Gelenke des Fingers waren im übrigen normal. Einige Monate später war der Finger mit Hinterlassung einer schwach vertieften Narbe abgeheilt. August 1893 nahm die Dorsalfläche beider Hände eine chagrinartige Beschaffenheit an, die der rechten Hand begann in der für Lepra charakteristischen Weise zu schwellen. Der Patient zeigte gleichzeitig makulo-anästhetische Flecke auf dem Rücken. Wiederholte Untersuchungen auf Leprabacillen ergaben ein negatives Resultat.

In der Litteratur sind bisher nur zwei Fälle von A. v. Bergmann beschrieben, bei welchen die Handteller in derselben Weise befallen waren.

II. **Ein Fall von kongenitaler Dermatitis herpetiformis mit fast vollständigem Fehlen der Finger- und Zehennägel,** von S. Sherwell-Brooklyn. Der in der Überschrift angegebene Zustand besteht seit der Geburt der jetzt 28 Jahre

alten Patientin. Die Dermatitis herpetiformis, welche hauptsächlich an den Extremitäten lokalisiert ist und sich durch Exacerbationen und Remissionen auszeichnet, ohne jemals ganz verschwunden zu sein, charakterisiert sich durch mäfsig grofse Blasen, durch erythematöse Flecke und durch intensives Jucken. Infolge des Kratzens zeigt die Haut zahlreiche Exkoriationen. Unter innerlichen Gaben kleiner Dosen von Arsenik, Tinctura nucis vomicae und Jodeisensyrup und unter lokaler Applikation einer milden Ichthyol-Salicylsalbe hat sich das Jucken stark vermindert, und damit ist auch die Affektion etwas zurückgegangen.

III. **Fälle von ungewöhnlicher Lage der Gonokokken,** von G. K. Swinburne. Verfasser beschreibt zunächst zwei Fälle von blennorrhoischer Infektion paraurethraler Follikel, die dem Ausbruche der akuten Blennorrhoe vorausging. Der Patient in dem einen Falle zeigte bei der ersten Visite am Orificium urethrae und zwar rechts unterhalb desselben eine kleine, wie ein Follikelschanker aussehende Pustel. Ausfluſs aus der Harnröhre war nicht vorhanden, die Schleimhaut des Harnröhreneinganges schien völlig normal zu sein. Die mikroskopische Untersuchung des Pustelinhaltes ergab eine Anzahl intracellulär gelegener, in Gröfse und Anordnung dem Gonococcus gleichender Diplokokken. Sechs Tage später stellte sich der Patient mit einem typischen blennorrhoischen Ausflusse vor. Eine weitere genauere Untersuchung stellte fest, daſs die Pustel den Ausgangspunkt eines der Urethra parallelen Ganges bildete, der sich nach hinten und innen fortsetzte und in der Tiefe mit der Harnröhre kommunizierte. Bei der Behandlung verschwanden die Gonokokken aus der Harnröhre viel rascher als aus diesem Gange.

Der dritte vom Verfasser beschriebene Fall ist ein Beispiel von Infektion eines Schleimhautfollikels in der Vorhaut. Der Patient stand am Ende einer frischen, mit Irrigationen von permangansaurem Kalium und Injektionen von Protargol behandelten Blennorrhoe, als er an der Innenfläche seiner sehr langen Vorhaut einen etwas erhabenen, runden, erbsengrofsen Fleck zeigt, der beim ersten Anblick wie ein kleines, überhäutetes Ulcus durum aussah. Bei näherer Besichtigung erwies sich derselbe als die verdickte Mündung eines Follikels, aus dem man einen Tropfen Eiter herausdrücken konnte. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab typische, intra- und extracellulär gelagerte Gonokokken. Wenn die Vorhaut in ihrer gewöhnlichen Position sich befand, so lag dieser Follikel genau vis à vis dem Orificium urethrae und war auf diese Weise einer Infektion von der Harnröhre aus leicht ausgesetzt. Mittelst einer Pravazschen Spritze mit stumpfer Nadel wurden wiederholentlich einige Tropfen einer 5%igen Protargollösung ½ Zoll weit in den Follikel eingespritzt, worauf die Gonokokken nach wenigen Tagen vollständig verschwanden. Eine radikale Heilung würde man durch Circumcision oder durch Excision des Follikels erhalten. Patient wünscht, um überhaupt von ferneren Unbequemlichkeiten verschont zu bleiben, die Circumcision.

In dem letzten vom Verfasser mitgeteilten Falle handelt es sich um eine blennorrhoische Infektion eines Follikels am Frenulum.

IV. **Ein Fall von Urticaria pigmentosa,** von Arthur A. Small-Toronto. Die Affektion bei dem 17 Monate alten, sonst sehr gesunden Kinde begann vier Wochen nach seiner Geburt und ist charakterisiert durch zahlreiche, über den ganzen Körper zerstreute, verschieden grofse Efflorescenzen von multiformem Charakter. Man sieht Quaddeln, Flecke, makulopapulöse Efflorescenzen und Papeln. Am stärksten befallen sind Stamm und untere Extremitäten. Auf der Kopfhaut befinden sich drei grofse, ovale gelbbraune Flecke. Die Papeln, welche besonders stark am Stamm vertreten sind, sind fest und haben zumeist eine braunrote Farbe, die auf Druck zwar weniger

lebhaft ist, jedoch nicht ganz verschwindet. Es besteht Urticaria factitia und ziemlich intensives Jucken.

Der vorliegende Fall gehört seinem klinischen Aussehen nach der zweiten, von Duhring beschriebenen Varietät der Urticaria pigmentosa an, die in vieler Beziehung an ein papulöses Xanthom erinnert, jedoch andererseits dem von Crocker in seinem Lehrbuche für Urticaria pigmentosa postulierten Symptomenkomplex, aufser durch die Farbe der Efflorenzen, durch deren feste Beschaffenheit, durch den frühzeitigen Anfang, durch das Jucken und die Urticaria factitia genau entspricht.

C. Berliner-Aachen.

Klinik für Dermatologie und Syphilis der Universität Toulouse.

Heft IV, 1897—99.

Über die klinische Bedeutung des gemischten Schankers, von Audry. (Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 24, S. 524.)

Über eine Epidemie von weichen Schankern, von Audry. Verfasser hat bereits in einem früheren Berichte eine Zunahme der venerischen Affektionen, spez. der weichen Schanker erwähnt. Nach eingezogenen Erkundigungen hat sich gezeigt, dafs dieses nicht allein für die Bevölkerung von Toulouse zutrifft, sondern dafs auch unter der Garnison dieser Stadt in dem fraglichen Jahre (1896) eine viel gröfsere Anzahl nicht nur von weichen sondern auch von harten Schankern konstatiert worden ist. Bei dieser Gelegenheit empfiehlt er eine sorgfältigere Überwachung der Prostitution und verbreitetere Anwendung des — Condoms.

Über den Lupus der Schleimhäute und dessen Bedeutung als Ausgangspunkt der Affektion, von Audry. (Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 24, S. 212.)

Histologische Untersuchung einer syphilitischen Lymphangitis, von Audry. Es handelte sich um eine voluminöse Lymphangitis des Penisrückens, die in Gestalt eines dicken cylindrischen Stranges über die Haut hervorragte, bei gleichzeitigem Bestehen einer Flächeninduration des Präputiums. Histologisch bestand diese Lymphangitis aus einer Perilymphangitis mit intensiver Gefäfsneubildung; sie bildete sowohl in klinischer als in histologischer Beziehung die Fortsetzung des Schankers am Penisende.

Über eine recidivierende Phlyktänose der äufseren und vorderen Fläche des Daumens, von Audry. Bei einem kräftigen und nicht syphilitischen Manne traten wiederholt ohne erkennbare Ursache an der Fingerbeere Bläschen auf, die an Umfang zunahmen, eitrig wurden, sich entleerten und spontan abheilten; keine Schmerzen, kein Jucken. Zur Zeit als ihn der Verfasser zu Gesichte bekam, bestanden bei dem Patienten auf der äufseren Seite des Daumens und auf dem Daumenballen eine Anzahl von etwa sieben Bläschen und Pusteln, von denen die frischeren eine konische Form und lebhaft rote Farbe zeigten. Die älteren waren breit, trüb und eitrig. Leichtes kollateralos Ödem; keine Beschwerden, keine trophischen Störungen. Die Verteilung und die klinischen Erscheinungen der Dermatose weisen auf eine Funktionsstörung des Nervus collateralis externus radialis pollicis.

Über einen krankhaften Prozefs von Epidermisneubildung und über die Pseudokomedonen, von Audry. (Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25, S. 86.)

Über zwei an entfernten Stellen und nacheinander bei demselben Individuum aufgetretene Schanker, von Audry. (Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25, S. 86.)

Über ein nach dem Gebrauche von Kollodium aufgetretenes Keloid, von Audry. Einem 12jährigen, mit leichtem Prurigo behafteten Knaben wurde aus

der Gegend des Brustbeins ein Keloidknoten excidiert und die Wunde mit einem kleinen Kollodiumverbande behandelt. Unter diesem trat eine leichte Entzündung auf, die Haut rötete sich und schuppte ab. Die neugebildete Epidermis wurde weifs, glänzend und dünn, die Haut erhob sich über das umgebende Niveau und in ca. 40 Tagen hatte sich ein typisches Keloid neugebildet, das in seinem Umfange genau der vom Kollodium berührten Fläche entsprach. Aufserdem war im Centrum, das heifst auf der Narbe des früheren Tumors ein Recidiv entstanden.

Epitheliom auf dem Boden eines Lupus der Mundrachenschleimhaut, von Audry und Iversing. Es handelt sich um einen 49jährigen, von einem tuberkulösen Vater abstammenden Patienten. Der ganze weiche Gaumen war von einer rötlichen höckerigen Ulceration bedeckt, die sich seitlich über die Wangen und das hintere Zahnfleisch ausdehnte.

Bei der histologischen Untersuchung wurde konstatiert, dafs die erkrankten Partien zum Teil aus lupösem, zum Teil aus carcinomatösem Gewebe entstanden.

Tuberkulöse Läsionen bei einem Lupus erythematosus des Haarbodens, von Audry. Verfasser hat wieder einen Fall von Lupus erythematosus histologisch untersucht und wie beim ersten, worüber er an anderer Stelle berichtet, deutliche, wenn auch nicht sehr ausgesprochene tuberkulöse Veränderungen konstatiert; Bacillen vermochte er auch diesmal nicht nachzuweisen. Verfasser besteht somit auf seiner früheren Ansicht betreffend die tuberkulöse Natur der Affektion.

Über die Alopecie mit Ichthyose, von Billard. (Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25, S. 180.)

Über drei Fälle von Induration der Corpora cavernosa, von Durand. (Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 24, S. 523.)

Bericht über die Klinik für Dermatologie und Syphilis während des Zeitraums von 1896—97, von Audry. Im ganzen wurden in der Klinik behandelt: 776 Fälle von Hautkrankheiten, 517 nicht syphilitische Affektionen des Urogenitalsystems, 189 Fälle von Lues.

Über ein primäres isoliertes syphilitisches Gumma einer Mandel, von Audry und Iversing. Bei einer 39jährigen Frau hatte sich innerhalb zwei Monaten eine nufsgrofse, weiche, teilweise ulcerierte Geschwulst an der rechten Mandel entwickelt. Von Tuberkulose und Syphilis liefs sich physikalisch und aus der Krankengeschichte nichts nachweisen; Schwellung der Unterkieferdrüsen. In Anbetracht des Aussehens der Geschwulst wurde die Diagnose eines syphilitischen Schankers ausgeschlossen und vorläufig Tuberkulose angenommen. Auf Grund des histologischen Befundes wurde der Tumor, trotz des Vorhandenseins von zwei Riesenzellen im Gewebe, als luetisches Gumma erklärt. Die kombinierte Hg-Jodkaliumbehandlung führte denn auch zur Heilung der Affektion innerhalb zehn Tagen.

Papillom der Blase, von Audry. Der nufsgrofse Tumor wurde exstirpiert und die Operation in der gewohnten Weise ausgeführt. Nachdem die Heilung auf dem besten Wege begriffen schien und sich der durch die wiederholten Blutungen stark heruntergekommene Allgemeinzustand zu bessern begann, starb der Patient plötzlich am 13. Tage nach der Operation an eitriger Pleuritis.

Prostatismus, Cystotomie, Resektion der Vasa deferentia, von Audry. Der Patient starb zwei Monate nach der Operation an urämischen Erscheinungen. Verfasser teilt den histologischen Befund der Gewebe im vernarbten Operationsfelde mit.

Totale syphilitische Alopecie der Cilien, von Iversing. (Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25, S. 87.)

Dreizehn extragenitale weiche Schanker bei einem Krätzigen, von Rey (Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25, S. 87.)

Über einen Fall von schwerem Jodismus und dessen Pathogenese, von Billard. (Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25, S. 465.)

Über einen Fall von Lepra. Histologie der Leprome, von Audry. (Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25, S. 465.)

Quecksilberexanthem nach internem Gebrauche von Quecksilbersalzen, von Billard. Eine 16jährige, in der sekundären Periode der Syphilis stehende Patientin hatte 21 Einreibungen von grauer Salbe erhalten, worauf diese äufserliche Medikation eingestellt wurde. Vier Tage später erhielt sie innerlich täglich drei Pillen von 0,03 Hg-J., welche Behandlung ca. sechs Wochen fortgesetzt wurde. Nach dieser Zeit zeigte sich, zuerst am Halse, ein sich rasch über den ganzen Körper ausbreitendes scharlachförmiges Erythem. Die Schleimhäute waren ebenfalls befallen. Im Verlaufe der Desquamationsperiode traten dann stellenweise papulöse und pustulöse Eruptionen auf.

Zur Histologie der Skarifikationen und ihre Reparation, von Audry und Thévenin. (Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 26, S. 614.) *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Syphilis.

Die Kultur des Syphilisbacillus, von van Niessen. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 11—18.) Der durch seine nicht als beweisend anerkannten Entdeckungen auf dem Gebiete der Syphilisätiologie bekannt gewordene Verfasser beginnt seine vorliegenden Mitteilungen mit dem Eingeständnis, dafs er sich bisher auf bakteriologischen Irrfahrten befunden. Er hofft aber jetzt sich auf dem richtigen Wege zu befinden und den Syphiliserreger nachgewiesen zu haben. Die Unterstützung eines Gönners machte es ihm möglich, der Lösung seiner Aufgabe im musterhaft eingerichteten Petersburger Institute für experimentelle Pathologie näher zu treten. Seinen Syphilisbacillus, von dem er glaubt, dafs er dem Strahlenpilz verwandt ist, gewann er am besten aus beginnenden breiten Kondylomen, aber auch im Blute und in tertiären Produkten Luetischer soll er zu finden sein. Eingehend beschreibt er die positiven Kulturergebnisse und die Resultate der Impfungen an vier Affen, einem Schwein, einem Hund, einem Kaninchen, drei Meerschweinchen. Aus seinen Arbeiten glaubt er darauf schliefsen zu dürfen, den rechten Syphiliserreger gefunden zu haben. Dafür spricht 1. der Fundort (die nässende Papel und das Blut von Luetikern); 2. das bisherige Unbekanntsein des isolierten Mikroorganismus; 3. die Formähnlichkeit mit dem von Lustgarten in syphilitischen Geweben nachgewiesenen Bacillus; 4. der unter gewissen Verhältnissen positive Ausfall der von Lustgarten für seinen Bacillus angegebenen differentiellen Funktionsmethode, 5. die Impfresultate (Primäraffekt, polyganglionäre und indolente Adenitiden, Exantheme an Haut und Schleimhaut, Fettleber und Icterus, Periarteriitis und ischämische Centralnervenaffektion); 5. analoger Verlauf der Infektionskrankheit mit der Syphilis beim Menschen (geringe Störung des Allgemeinbefindens, kein Fieber, geringe lokale Reaktion, Tendenz zur Spontanheilung, vicariierender und variabler Verlauf, Befallenwerden der Prädilektionsstellen: Haut, Lymph- und Centralnervensystem); 6. Schwierigkeit und Mifslingen der kulturellen Reproduktion des Kontagiums; 7. Agglutinationserscheinungen; 8. Therapie

ex juvantibus. — Einige mögliche Einwände sucht Verfasser zu entkräften. (Ob die mühsame Arbeit wirklich positiven Erfolg gehabt hat, ist doch recht zweifelhaft. Vor allem ist und bleibt es fraglich, ob das Impfresultat wirklich ein positives war, ob die Exantheme, deren Beschaffenheit sich nach den beigefügten Photogrammen nicht beurteilen läfst, ob der Verlauf dafür sprechen, dafs die Tiere syphilitisch waren. Der schnelle Tod des ersten Affen spricht keinesfalls dafür. Es ist auch sonst manches in den Ausführungen des Verfassers anfechtbar, und man mufs fürchten, dafs er wiederum sich auf Irrfahrten befunden. Soweit wir über die Immunität der Tiere gegen Syphilis unterrichtet sind, werden Impfversuche überhaupt nur dann beweisend sein, wenn sie mittelst der gewonnenen Kulturen bei Menschen positiv ausgefallen sind, ein kaum erfüllbares Postulat. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Magengeschwür, Syphilis und Tuberkulose, klinischer Vortrag von Potain-Paris. (*La Méd. moderne*, 1899. No. 22.) Es handelte sich um eine 21jährige Patientin, bei der das primäre Magengeschwür ohne die charakteristischen Schmerzen, aber mit Hämatemesis, Abmagerung, Anämie etc. verlief. Sie befand sich bei der Aufnahme in der sekundären Periode der Syphilis und begann bald zu husten, wobei man zunächst nur einen kongestiven Zustand der Lungenspitzen, später aber Tuberkelbacillen nachwies. Wahrscheinlich hat sich in diesem Falle sowohl Ulcus als Tuberkulose auf syphilitischem Boden entwickelt, wodurch sich die Prognose relativ günstig gestaltet, indem solche Fälle unter dem Einflusse einer antiluetischen Kur nicht selten leiden.
C. Müller-Genf.

Zwei Schanker des behaarten Kopfes. Infektion während eines Streites. (*Lyon méd.* 1899. No. 23.) Der 28jährige Patient hatte sich am 12. März während eines Streites zwei Kopfwunden zugezogen. Am 10. April bemerkte er eine Vergrösserung der Cervikaldrüsen. Am 15. April traten heftige Kopfschmerzen auf. Am 20. April Aufnahme ins Hospital, wo man eine Schwellung sämtlicher Halsdrüsen konstatierte. Auf dem behaarten Kopfe sah man zwei Ulcerationen mit ziemlich hartem Ödem der Umgebung. In dem einen Ulcus fand man das Fragment eines Schneidezahns. Der Kranke giebt an, dafs sein Gegner ein Syphilitiker war und mit spezifischen Affektionen des Mundes und Rachens behaftet war. Ebenso war dessen Frau syphilitisch erkrankt. Angesichts der Drüsenschwellungen, des atonischen Charakters der beiden Kopfgeschwüre, der heftigen Kopfschmerzen wurde die Diagnose: Schanker des behaarten Kopfes gestellt, welche durch das spätere Auftreten sekundärer Erscheinungen (am 6. Mai) bestätigt wurde. *I. Bloch-Berlin.*

Reinfectio syphilitica, von Skarnowski. (*Wratsch.* 1899. S. 809.) S. berichtet über einen Fall von syphilitischer Reinfektion sechs Jahre nach der ersten Infektion.
A. Jordan-Moskau.

Langdauerndes remittierendes Fieber bei tertiärer Lues, von Caro. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 27.) Der 42jährige Patient, der vor fünf Jahren eine gut behandelte Lues durchgemacht hatte, erkrankte an einer leichten Angina, nach deren Abheilung remittierendes Fieber zurückblieb; eine exakte Diagnose wurde nicht gestellt, es lag Verdacht auf Tuberkulose vor; so zog sich die Sache monatelang hin, bis Patient mit kurzem Irresein und völligem Bewufstseinsverlust erkrankte. Nachher entwickelte sich Schwachsinn wie bei einem Paralytiker, stammelnde Sprache, keine Lähmungen; als wieder ein leichter Anfall von Verwirrung eintrat, wurde Jod gegeben. Nun trat Besserung ein, und später führte eine Kräftigungs- und dann eine Inunktionskur vollständige Heilung herbei. *F. Hahn-Bremen.*

Syphilis hereditaria von excessiver Dauer, von M. DE MOLÈNES. (*Presse méd.* 22. April 1899.) Eine 44jährige Frau infizierte sich 1½ Jahre nach der Geburt des jetzt 21 Jahre alten und gesunden ersten Kindes mit Syphilis. Daraufhin antisyphilitisch behandelt, machte sie sechs Schwangerschaften durch. Es wurden sechs gesunde Kinder geboren, welche sämtlich nach 18—20 Monaten an „Meningitis" zu Grunde gingen. Nachdem der erste Ehemann an einer Zungengeschwulst gestorben war (Epithelwucherung bei einem alten Syphilitiker), verheiratete sich die Frau aufs neue, wurde schwanger von dem gesunden zweiten Gatten, nachdem sie vorher ein schuppendes hartnäckiges „Ekzem" der Hohlhände durch Injektionen von grauem Öl verloren hatte, kam mit einer gesunden Tochter nieder und verlor auch dieses Kind wieder in seinem 18. Lebensmonat — 21 Jahre nach der syphilitischen Infektion der Mutter. Die Ursache des Todes der sechs Kinder waren vermutlich Meningitiden syphilitischer Natur. Ob die Kinder antisyphilitisch behandelt worden sind, kann man aus der kurzen Mitteilung nicht ersehen, doch erscheint dieser Punkt dem Referenten gerade von besonderer Wichtigkeit bei dem gewifs seltenen Fall.

E. Hopf-Dresden.

Kongenitale syphilitische Osteitis, von CAIRD. (*Lancet.* 17. Juni 1899.) Vor der Edinburgh Medico-Chirurgical Society zeigte C. einen Mann, der offenbar an kongenitaler Syphilis gelitten hatte. Zur Zeit hatte er ein hartes Ulcus am Penis; zudem hatte er einen sekundären syphilitischen Ausschlag und die Haare gingen ihm aus. Der Fall war zweifelsohne als hereditäre Syphilis im Verein mit sekundärer Erkrankung zu diagnostizieren. *Philippi-Itzehoe.*

Hemiplegia spastica infantilis als Folge hereditärer Syphilis, von MASSOL. (Thèse de Toulouse. Juli 1898.) Die hereditäre Lues kann ebenso wie andere Infektionskrankheiten bei Kindern spastische Hemiplegie zur Folge haben. Die Heredosyphilis verursacht im Gehirn zuweilen Alterationen der Gefäfse, die unter gewissen Bedingungen zu Hämorrhagien oder zur Erweichung führen, also zu Veränderungen, die den Befunden bei spastischer Hemiplegie analog sind. Sorgfältige Untersuchungen werden vielleicht ergeben, dafs die spastische Kinderlähmung viel häufiger luetischen Ursprungs ist als bis jetzt angenommen wurde. Traumen am Kopfe, nervöse erbliche Belastung, febrile Krankheiten und andere Momente können die Lokalisation der Syphilis im Gehirn begünstigen. Die spastische Hemiplegie kann verursacht werden durch syphilitische Veränderungen des Schädels, der Meningen und des Gehirns, und zwar sowohl durch wirklich luetische Affektionen wie auch durch Veränderungen, die an und für sich nicht spezifisch, aber sekundäre Folge der Lues sind, endlich durch parasyphilitische Veränderungen, d. h. Veränderungen syphilitischen Ursprungs. *Göts-München.*

Über die Veränderungen der Zähne bei Syphilitikern, von PETERSEN. (*Wratsch.* 1899. No. 31.) In einem Vortrage, gehalten auf dem zweiten russischen Odontologenkongrefs zu Petersburg am 13. Juli 1899, bespricht Verfasser seine Untersuchungen der Zähne von 500 Kranken des Kaliaki-Hospitals. Verfasser hält sich nicht für berechtigt, auf Grund dieses verhältnismäfsig kleinen Materials Schlüsse zu ziehen, sondern sagt nur im allgemeinen, dafs erstens die sog. HUTCHINSONschen Zähne auch bei Leuten, die nicht Syphilis gehabt haben, vorkommen, zweitens, dafs Veränderungen der Zähne durch verschiedene, sich länger hinziehende Infektionskrankheiten bedingt sein könnten, und drittens, dafs die Zähne von Leuten mit Affektionen des Centralnervensystems sowohl syphilitischen als nicht syphilitischen Charakters untersucht werden müssen. *A. Jordan-Moskau.*

Ein kasuistischer Beitrag zur Gummibildung im Larynx, von Cordes. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 25.) Die 55jährige Patientin erkrankte mit andauernder starker Heiserkeit und Atembeschwerden beim Treppensteigen; die laryngoskopische Untersuchung ergab die ganze linke Kehlkopfhälfte stark gerötet, infiltriert, speziell Lig. aryepiglotticum, Aryknorpel und Taschenband; an Stelle des Stimmbandes wölbt sich ein beträchtlicher Tumor halbkugelig vor. Sonstige Symptome von Lues nicht zu finden, auch die Anamnese war negativ. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpierten Stückchens zeigte, dafs die Neubildung aus Granulationsgewebe mit Zeichen regressiver Zerfallerscheinungen bestand. Unter Jodkalium trat Besserung ein. Als das Stimmband unter dem abgeschwollenen Taschenband zum Vorschein kam, sah man, dafs es an seinem hinteren Teile von einer weifslichen blumenkohlartigen Geschwulst eingenommen war; diese mufste ebenfalls mit der Curette entfernt werden und nun trat unter Weitergebrauch des Jodkaliums vollständige Heilung ein. Die Stimme blieb allerdings rauh infolge der Narben am Stimmband. *F. Hahn-Bremen.*

Über tertiärsyphilitische Mastitis, von G. Reinecke. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1899. No. 8 u. 9.) Die luetische Mastitis kommt nur selten vor; 1885 hat v. Zeissl unter Berufung auf Lancereaux zuerst in der deutschen Litteratur darüber etwas mitgeteilt. Die sekundäre Mastitis stellt sich als diffuse, mehr oder weniger druckempfindliche Schwellung der Brustdrüse dar, die meist im Übergangsstadium vom Sekundär- zum Tertiärstadium zur Beobachtung gelangt. Sie betrifft häufiger Männer. Umgekehrt sucht die tertiäre Mastitis gummosa hauptsächlich die Frauen heim, ergreift eine oder beide Brüste, bildet derbe, pralle, höckrige Tumoren, die zum geschwürigen Zerfall der Haut führen können; eine tiefe, strahlige Narbe bleibt nach der Heilung zurück. Auch bei Syphilis congenita kommt diese Form vor. Verfasser berichtet einen Fall spätsyphilitischer, interstitieller indurativer Mastitis mit Wucherung und Sklerose des Bindegewebes, den er autoptisch untersuchte. Innerhalb rötlicher, harter, knotenförmiger Herde findet man eine Vermehrung des interlobulären und intralobulären Bindegewebes, zum Teil bereits sklerosiert. Die Drüsenzellen sind abgeplattet, das Drüsenlumen meist geschwunden, die Drüsenläppchen durch Einschnüren des Bindegewebes zusammengepreſst, teilweise schwielig fibrös degeneriert. Die Blutgefäfse sind verändert. — Die Diagnose auf tertiäre Lues, die aus dem anatomischen Befunde allein nicht leicht mit Sicherheit zu stellen war, war durch Veränderungen an anderen Organen erleichtert. — Analoge, gummöse und indurative Prozesse sind infolge von Lues beobachtet an der Submaxillardrüse, am Pankreas, Hoden etc. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die tertiäre Syphilis der Sinus und ihre hauptsächlichsten Komplikationen, von Gilbert. (Thèse de Paris. 1898.) Tertiäre Lues der Nebenhöhlen der Nase findet sich am häufigsten nach vorausgegangener gummöser Ostitis der Nasenhöhlen, ferner nach Traumen der Nase, sowie bei bestehender chronischer Koryza. Sie tritt in zwei Formen auf: 1. in der langsam verlaufenden, leichteren nasalen Form, 2. in der viel schwereren orbitocerebralen Form. Die Symptome der nasalen Form sind heftige Kopfschmerzen, besonders bei Nacht, manchmal von Schwindelgefühlen begleitet, verschiedene Neuralgien, leichte Gehörstörungen, fötider Geruch des Atems, Entleerung schmutziggefärbten, blutigen Sekrets, manchmal auch Entleerung von Sequesterstückchen aus der Nase. Bei der orbitocerebralen Form bestehen aufser den nächtlichen Kopfschmerzen Sehstörungen, Nebel vor den Augen, Funkensehen, intra- und periorbitale Schmerzen. Wenn die Sinus frontales und maxillares ergriffen sind, treten Ptosis und Ödeme, Phlegmonen, Strabismus, Diplopie,

Störungen in der Beweglichkeit des Auges auf. Greift die Affektion auf die Sinus sphenoidalis über, so entsteht Exophthalmus, zuweilen auch Neuritis optica, Thrombose der Vena ophthalmica, Atrophie des Sehnerven. Aufserdem kann es zu Entzündungen der Meningen, Ulcerationen der Gefäfse im Innern des Schädels, Pachymeningitis etc. kommen. — Die Diagnose stützt sich, abgesehen von dem charakteristischen Geruch des Atems auf den Befund in der Nase (Zerstörung der Muscheln, Perforation des Septums, Sequesterbildung.) — Die Therapie besteht in energischer antiluetischer (Hg und Jodkalium), sowie allgemeiner tonisierender Behandlung, aufserdem in Nasenspülungen mit Kalium permanganicum-Lösung.

Götz-München.

Über einen Fall von syphilitischer Ulceration des grofsen Netzes mit nachfolgender Perforation und Invagination des Dünndarms berichtet Lisanti (*Rif. med.* 1899. II. No. 26.) Laparatomie, Resektion des invaginierten Dünndarmstückes; Heilung. *C. Müller-Genf.*

Syphilis des Auges und dessen Nebenorgane, von Charles Stedman Bull-New York. (*Med. News.* 20. Mai 1899.) B. will im folgenden nur dasjenige in seinen Hauptzügen angeben, was für den allgemein praktischen Arzt von Wichtigkeit ist. An den Augenlidern treffen wir vier Arten syphilitischer Erscheinungen: 1. Schanker, 2. Papeln oder Tuberkeln (Warzensyphilis), 3. Rupia, 4. Gummata. Der Schanker, am Eck des Lids, oder an Haut und Schleimhaut oder nur an einem von beiden sitzend, entsteht wahrscheinlich durch Einimpfung des Giftes in die Öffnungen der Ausführungsgänge der Haut- oder Schleimhautdrüsen, und die zwei hauptsächlichen Ansteckungswege sind unreine Finger und kranker Mund, Lippen und Zunge. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Hordeolum, Chalazeon, Ulcus rodens und Epitheliom, sind aber durch den Verlauf wohl zu unterscheiden vom Schanker, welcher, hart und indolent, der Behandlung nicht recht weicht und Monate noch bestehen bleibt, nachdem das Geschwür geheilt ist. Die zweite Art, die Papeln, sind ziemlich häufig, meist an der äufseren Haut, selten an der Conjunctiva palpebrarum. Gummata sind ungewöhnlich. Was die Conjunctiva betrifft, so sieht man nicht selten hartnäckige Entzündung derselben mit keiner oder nur geringer Sekretion, welche auf die lokalen, gewöhnlichen Mittel nicht, sehr rasch aber auf spezifische Allgemeinbehandlung hin weicht. Schanker und Plaques muqueuses auf der Conjunctiva sind selten (letztere sind ganz ähnlich den auf anderen Schleimhäuten vorkommenden Plaques), am seltensten von allen syphilitische Augenerkrankungen, Gumma derselben. Kongenitale Syphilis zeigt sich auf Conjunctiva und Augenlidern nur in Form von Exkoriationen und geringen Substanzverlusten, nie als Plaques oder Gummata. Syphilis des Thränenapparates entsteht meist sekundär aus Periostitis der Orbita oder des Nasenganges, die Thränendrüse kann der Sitz gummöser Erkrankung sein, Dakryocystitis und Striktur des Nasenganges bildet sich entweder nach einer Entzündung der Schleimhaut oder als Folge primärer Periostitis des Nasenganges oder Thränenbeines, chronische Dakryocystitis mit Stenose des Nasenganges ist keineswegs selten bei vererbter Syphilis. Die Veränderungen der Cornea bei acquirierter Syphilis sind folgende: 1. diffuse parenchymatöse Keratitis, 2. Keratitis punctata, 3. gummatöse Entartung der Cornea; all diese Erkrankungen kommen in einem späten Stadium der Syphilis vor, sind sehr hartnäckig, weichen aber auf energische Behandlung. Bei der hereditären Syphilis kommt hauptsächlich chronische interstitielle Keratitis vor. An der Sclera verursacht die Syphilis besonders zwei Prozesse: 1. Episcleritis oder Scleritis und 2. gummöse Infiltration. Eine der häufigsten Symptome konstitutioneller Syphilis ist Iritis, und zwar meist in der Frühperiode;

gewöhnlich ist zuerst ein Auge affiziert und das zweite folgt bald nach. Es giebt drei Arten: plastische, seröse oder gummatöse; die Prognose ist bei den zwei ersten gewöhnlich gut, bei der letzten wegen drohender Atrophie des Augapfels schlecht. Die lokale Behandlung bestehe in häufig applizierten heifsen Aufschlägen, Atropin mehr oder weniger häufig, Blutegel an den Schläfen bei heftigem Schmerz, und in schwarzen Gläsern. Syphilis der Retina und des Sehnerven ist in Gemeinschaft mit Chorioiditis eine der gewöhnlichsten Erscheinungen, die meisten Fälle sind unter die Neuroretinitis zu rechnen. Von den weiteren Erkrankungen, deren Erkenntnis wohl nur dem geübten Augenarzte gelingen dürfte, seien erwähnt Papillitis, Neuritis descendens Nervi optici, Atrophie des Opticus. Syphilis der Augenmuskeln und motorischen Nerven sind meist vereint, in ca. $^3/_4$ der Fälle ist der Oculomotorius, in $^1/_4$ der Abducens affiziert; das häufigste Symptom ist Diplopie. Die Prognose ist ziemlich gut, wenn aber Lähmung eingetreten ist, wird sie viel schlechter; sehr selten entstehen Muskellähmungen von ererbter Syphilis. Nicht sehr häufig sind syphilitische Erkrankungen der knöchernen Orbita, sie sind 1. Ostcoperiostitis, 2. Gumma oder periostales Syphilom, 3. Hyperostosis oder Exostosis, 4. Caries und Nekrose; alle sind Späterscheinungen der Krankheit. *Stern-München.*

Bemerkungen über tuberkulöse und syphilitische Erkrankungen des Auges, von L. Grant. (*Lancet.* 15. Juli 1899.) Verfasser bespricht die ungemein gröfsere Häufigkeit der syphilitischen gegenüber der tuberkulösen Erkrankung des Auges und führt verschiedene Gründe zur Erklärung dieses Verhaltens an. Die Ursachen, weshalb der Tuberkelbacillus sich schwer am Auge festsetzen kann, erkennt er in den vielfachen Bewegungen des Organes, in der direkten Einwirkung der Luft und des Sonnenlichtes und des abgesonderten Sekretes sowie vielleicht in phagocytären Vorgängen. Alle diese Einflüsse scheinen auf die Syphilis keine so ausgesprochene Wirkung auszuüben, doch ist Bestimmteres hierüber nicht bekannt. Aus seiner eigenen Praxis auf der Insel Skye hat Verfasser aufser „skrophulösen" Affektionen keine tuberkulösen Augenerkrankungen zu verzeichnen, dagegen hat er unter einer Reihe von 1272 Fällen 37 syphilitische Störungen (Keratitis interstitialis 19, Iritis 9 und Syphilis der Chorioidea 9) beobachtet. *Philippi-Itzehoe.*

Gumma der Leber, von Spencer. (*Brit. med. Journ.* 3. Dez. 1898.) Der Verfasser beschreibt drei Fälle, bei welchen operative Eingriffe Erleichterung brachten. Nur solche Fälle eignen sich für eine operative Behandlung, bei denen, wie in den vorliegenden, das Gumma vereinzelt ist, an der Oberfläche oder an der Kante der Leber liegt, und diese selbst von Cirrhosis noch nicht befallen ist. Selbstverständlich darf die antisyphilitische Behandlung nicht vernachlässigt werden.

C. Berliner-Aachen.

Diffuse syphilitische Veränderungen an der Leber, von F. P. Weber. (*Lancet.* 25. März 1899.) Die in der Pathological Society of London vorgezeigten Präparate stammten von einem 47jährigen Manne, der an weit vorgeschrittener tertiärer Syphilis der Hoden gelitten hatte und an Gehirnblutung verstorben war. Die etwas vergröfserte Leber zeigte eine diffuse fibroide Degeneration, eine perikapilläre oder pericelluläre Cirrhose, wie man sie sonst im Allgemeinen eher bei kongenitaler Syphilis zu finden gewöhnt ist. Am meisten vorgeschritten war der Prozefs in den centralen Teilen der Acini, am wenigsten deutlich an den Pfortaderräumen, war also offenbar zunächst von der Verzweigungen der Arteria hepatica ausgegangen.

Philippi-Itzehoe.

Syphilis der Leber mit Hepatoptose, klinische Vorstellung von Prof. Rummo-Palermo. (*Rif. med.* 1899. No. 89.) Es handelt sich um eine 50jährige Frau, die sich

vor 21 Jahren syphilitisch inficiert hatte; zuvor schon hatte sie an Lebersteinen mit heftigen Kolikanfällen gelitten. Nach der Infektion nahm aber das Symptomenbild eine andere Gestalt an: neben andauernden Schmerzen (bei fehlendem Icterus) konstatierte man eine gewaltige, schmerzhafte Anschwellung in der Lebergegend, die Leber selbst war nach unten verdrängt; Diagnose: sklerogummöse spezifische Hepatitis. Therapie: Jodkalium in hohen Dosen. *C. Müller-Genf.*

Syphilitische Erkrankung des Magens, von J. W. Dalgliesh. (*Lancet.* 12. Aug. 1899.) Entgegen der allgemein acceptierten Lehre, dafs der Magen- und Darmkanal nur verschwindend selten von Syphilis afficiert werden, glaubt Verfasser, dafs diese Krankheit den Magen doch häufiger befällt, und führt zum Beweise folgende Beobachtungen an: I. Eine 55jährige verheirathete Frau erkrankte nach vorherigen mehrwöchigen Magenbeschwerden an heftigstem Blutbrechen. Sie war vier Jahre zuvor wegen unzweifelhafter Syphilis vom Verfasser behandelt worden, und nachdem die Blutung unter Opium, Terpentin und Eis gestillt worden war, erhielt sie grofse Dosen Jodkalium. Alle Symptome seitens des Magens sowie auch neuerliche syphilitische Erscheinungen (Hemiplegie, Periostitis) verschwanden bei dieser Behandlung im Verein später mit Hg in höchst erfreulicher Weise. Fall II betrifft auch eine verheiratete Frau, welche vom Verfasser nach langer anderweitiger Behandlung sechs Monate lang wegen Verdauungsstörungen behandelt wurde. Heilung trat schnell und vollständig ein, als Patientin gröfsere Dosen Hg und JK erhielt. Bei der dritten Patientin, einer 54jährigen verheirateten Frau scheinen ähnliche Verhältnisse bestanden zu haben. — Vielleicht giebt diese Veröffentlichung zu weiterer Beachtung des Gegenstandes Anlafs; die Befunde bei Sektionen geben freilich, soweit dem Referent bekannt, keine Stütze für die hier verfochtene Ansicht.

Philippi-Itzehoe.

Zur Frage der Syphilis des Centralnervensystems beim russischen Bauer, von Tschekau. (*Wratsch.* 1899. pag. 780.) Auf Grund von fünf Fällen von Gehirnsyphilis bei der russischen bäuerlichen Bevölkerung stellt T. folgende Schlüsse auf: 1. Auch beim russischen Bauer begegnet man Affektionen des Centralnervensystems und speziell des Gehirns. 2. Die cerebrale Lues äufsert sich beim russischen Bauer ebenso, wie in Westeuropa. 3. Die These von der geringeren Vulnerabilität des Centralnervensystems beim russischen Bauer in Bezug auf Syphilis gegenüber der Bevölkerung Westeuropas ist nicht bewiesen. *A. Jordan-Moskau.*

Die allgemeine Diagnose von Gehirn- und Rückenmarkssyphilis, von B. Sachs-New York. (*New York med. Journ.* 27. Maj 1899.) Die allgemeine Annahme, dafs Syphilis des Nervensystems jetzt in der Zunahme begriffen sei, teilt S. nicht, sondern er hält dieselbe nur für eine scheinbare, durch verbesserte diagnostische Hülfsmittel bedingt. Die Zahlen von Hjelman, wonach 15—25 von 1000 Syphilitikern irgend eine spezifische Erkrankung des Nervensystems zeigen, hält S. für richtig, ebenso die Ansicht, dafs die Mehrzahl der Fälle von Gehirnsyphilis aus der leichten oder mittelschweren Form der Konstitutionskrankheit hervorgehen, ja manche der Kranken sollen anamnestisch nur die Existenz eines Ulcus molle zeigen, so dafs sich S. zu den Unitariern zu bekehren scheint. Ob eine energische Behandlung Einfluſs auf den eventuellen späteren Ausbruch cerebraler Syphilis hat, ist für S. zweifelhaft, da dieselbe keineswegs eine Späterscheinung ist, sondern in 11% der Fälle schon ein halbes Jahr nach dem Primäraffekt, in 24,6% zwischen sechs und zehn Jahren nach demselben auftrat. Gehirn und Rückenmark werden von der Syphilis häufiger befallen als die peripheren Nerven. Sie manifestiert sich wie an anderen Organen durch

Bildung von Gummata, von den Meningen ausgehender gummöser Infiltration und durch Erkrankung der Blutgefäfse. Die Kapillargefäfse sind wichtige Faktoren bei der Entwickelung der syphilitischen Neubildung, während die grofsen Blutgefäfse des Gehirns wie Rückenmarks der Sitz eines speziellen Prozesses (Endarteriitis specifica) werden, der schliefslich zu Occlusion der Gefäfse und nachfolgender Erweichung führt. Die Syphilis von Gehirn und Rückenmark ist vor allem charakterisiert durch die Vielseitigkeit der Symptome und durch die Tendenz der Remissionen und Rückfälle, entsprechend der Neigung des erkrankten Gewebes zu Proliferation und retrograder Metamorphose. Keine andere Krankheit verursacht so häufig Parese (eher wie Paralyse), ist zu Rigidität (eher wie zu Kontrakturen), zu partieller statt kompleter Anästhesie, zu vorübergehender Aphasie ohne ständigen Verlust der Sprache geneigt. Wenn die Krankheit an der Basis auftritt, was mit Vorliebe geschieht, so sind Symptome von seiten der Kopfnerven, besonders Augenmuskellähmungen die gewöhnlichen klinischen Erscheinungen. Befällt der luetische Prozefs das Rückenmark, so findet man die speziellen Symptome, welche den entsprechenden Teilen (Hals-, Brust-, Lendenmark) zukommen, ohne dafs eine Mischung ausgeschlossen ist. Viel wichtiger als die Lokalisation ist aber stets der Charakter der Erkrankung, nämlich die Tendenz zu Remissionen, Rückfällen und Wiederherstellung. Die Multiplizität der Veränderungen ist ebenfalls eine wichtige Erscheinung bei der Nervensyphilis und in dieser Beziehung konkurrieren mit ihr nur noch multiple Sklerose, Tuberkulose, Sarkomatose; letztere zwei verlaufen viel rascher, bösartiger. Spezielle pathognomonische Symptome bestehen nur wenige bei Rückenmark- und Gehirnsyphilis, apoplektische Anfälle in den besten Lebensjahren bei Abwesenheit von Herz-, Nierenkrankheiten, epileptiforme Anfälle, hartnäckige Kopfschmerzen sprechen im allgemeinen für Syphilis; von speziellem Wert ist aber das Verhalten der Pupillen: Ungleichheit (die eine kontrahiert, die andere erweitert), ungleiche Reaktion auf Lichteinfall (positiv und negativ), Unbeweglichkeit während der Akkommodation. Doppelseitige Neuritis optica ist ein Symptom, auf welches Neurologen und Ophthalmologen grofses Gewicht legen. Was die spinalen Erkrankungen betrifft, so ist vor allem darauf zu achten, dafs dieselben meist von den Blutgefäfsen der Meningen aus ihren Anfang nehmen, dafs sie häufiger den dorsalen und lumbalen als den Halsteil, häufiger den lateralen als die Vorder- und Hinterbündel befallen, dafs ferner die Invasion eine allmähliche, schrittweise, langsam zerstörende ist. Der Tabes dorsalis, welche S. für eine syphilitische Erkrankung hält, widmet er schliefslich noch einen kurzen Abschnitt; bei Personen, welche früher eine syphilitische Affektion durchgemacht haben, mufs eine beginnende leichte Ataxie, nur geringe Herabsetzung des Patellarreflexes den Verdacht auf drohende Tabes wachrufen und dann stets die spezifische Behandlung eingeleitet werden. *Stern-München.*

Bemerkungen über die pathologischen Veränderungen in einem Falle von chronisch-syphilitischer Spinalparalyse, von R. T. Williamson. (*Brit. med. Journ.* 31. Dez. 1898.) Ein 27jähriger Arbeiter acquirierte im Jahre 1888 im Alter von 21 Jahren Syphilis. 1893 begannen Beschwerden beim Urinieren, die bis zu völliger Retentio urinae zunahmen, so dafs Patient nur mittelst Katheters den Urin entleeren konnte. Als er im Jahre 1894 zum ersten Male ärztlich untersucht wurde, klagte er über Harnverhaltung, Schwäche in den Beinen, Müdigkeitsgefühl in den Kniegelenken beim Treppensteigen, herabgesetzte Beweglichkeit des linken Beines. Die Kniereflexe waren verstärkt. Die Hautsensibilität war in der Abdominalgegend bis zum Nabel herabgesetzt, ebenso im rechten Bein. Der Urin enthielt Eiter. Nachdem der Patient längere Zeit Bettruhe beobachtete, besserten sich alle Beschwerden. Er konnte wieder

ohne Katheter urinieren; er war im stande zu gehen. Der Gang war jedoch unsicher. — Später trat wieder Verschlimmerung ein. Im Jahre 1898 starb der Patient. Die Autopsie ergab ausgedehnte doppelseitige Pyelonephritis. Cerebrum, Cerebellum, Pons und Medulla schienen makroskopisch normal zu sein. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen waren folgende: Endarteriitis und hyaline Degeneration der Arterien des Rückenmarks und seiner Meningen; schwache Meningitis; gummöse Infiltration der rechten antero-lateralen Säulen im oberen Dorsalmark; Sklerosis des peripherischen Teiles des Rückenmarkes in den lateralen Säulen, das ganze Dorsalmark durchsetzend; Sklerosis in den hinteren medianen Säulen im oberen Teile des Dorsalmarks; unregelmäfsige, sklerotische Stellen mit einer vereinzelten Zellinfiltration in dem untersten Dorsalmark; absteigende Sklerosis in den Pyramidenbahnen des Lendenmarks; aufsteigende Sklerosis in den hinteren medianen Säulen des Halsmarks.

C. Berliner-Aachen.

In der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 26) demonstrierte Bloch einen Patienten, der vor 20 Jahren ein Ulcus durum gehabt hatte, wegen dessen er mit Sublimatinjektionen behandelt wurde; er war dann gesund, heiratete und bekam ein gesundes Kind; seit einem halben Jahre machten sich Symptome der **Tabes** bei ihm bemerkbar und zugleich eine eigentümliche Nagelerkrankung; die Nägel sämtlicher Finger und Zehen wurden gelb und allmählich völlig schwarz, gleichzeitig trat eine stärkere Riffung in der Längsrichtung der Nägel und erhöhte Vulnerabilität der Nagelsubstanz auf, so dafs Risse und Sprünge im Nagel entstanden und ganze Stücke sich loslösten; die Affektion verläuft absolut schmerzlos und ohne Eiterung. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Tabes dorsalis incipiens mit gummöser Erkrankung der Hirnsubstanz, zugleich ein Beitrag zur Pathologie der Wiederkehr des verschwunden gewesenen Patellarreflexes, von Nonne. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 15—17.) Der Patient litt an linksseitiger motorischer Schwäche und Recurrensparese, es fehlte der rechtsseitige Patellarreflex, die Pupillen reagierten träge, linksseitige Atrophia nervi optici, dazu bestanden lancinierende Schmerzen in den unteren Extremitäten; die Diagnose wurde auf beginnende Tabes mit hinzugekommener Encephalomalacie gestellt. Die Sektion ergab eine incipiente Tabes und einen Gummiknoten, der auf den rechten Tractus opticus drückte und die vorderen zwei Drittel der rechten inneren Kapsel einnahm. Die anamnestische Nachforschung nach Syphilis hatte ergeben, dafs die Frau des Patienten zwei Jahre vor ihrer Verheiratung mit diesem Manne anderweitig syphilitisch inficiert war; er selbst wufste von einer durchgemachten Syphilis nichts anzugeben. Der Fall giebt Verfasser Gelegenheit die Theorien über das Wiederauftreten des verschwunden gewesenen Patellarreflexes zu erörtern. Sodann bespricht Verfasser die Syphilis als ätiologisches Moment der Tabes unter Mitteilung einer Reihe von Krankengeschichten; man findet sie oft, aber ebenso gut kommen Fälle von Tabes vor, bei denen Syphilis wohl mit Sicherheit auszuschliefsen ist. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von gekreuzter Lähmung im Verlaufe der syphilitischen Roseola-Periode, von A. Bayet. (*Clinica.* Bukarest 1899. No. 1 u. 2.) Der 52jährige Patient stand in voller sekundärer Periode der Lues, als bei ihm plötzlich eine Lähmung des linken Facialis, gefolgt von einer solchen des rechten Arms und begleitet von Verminderung der Patellarreflexe, Sensibilitätsstörungen, Störung der Sehschärfe und des Geschmackes eintrat. Verfasser betrachtet diese Erscheinungen als eine Intoxikation der peripheren Nerven durch das syphilitische Virus und vergleicht den Vorgang mit

dem analogen bei Diphtherie, Typhus etc. Das gesamte Symptomenbild verschwand nach Anwendung der kombinierte Hg-KJ-Therapie. *C. Müller-Genf.*

Über öffentliche Mafsregeln gegen Syphilis, von E. Pontoppidan. (Kopenhagen 1899.) Die 26 Seiten grofse Arbeit ist ein Beitrag zur Diskussion der Prostitution, veranlafst durch einen Vorschlag zur Änderung der Gesetze, welcher im dänischen Reichstag eingebracht wurde. Verfasser ist in der Hauptsache ein Anhänger des jetzigen Systems (Kontrolle auf Blennorrhoe und Syphilis), schlägt aber verschiedene Änderungen vor, namentlich in Bezug auf die Visitationsordnung.

O. Jersild-Kopenhagen.

Über Quecksilber- und Jodanwendung in der Syphilistherapie, von A. Neisser. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 48—51.) Während Jod nur auf die vom Syphilisgift geschaffenen tertiären Neoplasmen und auf einzelne toxische Erscheinungen wirkt, scheint das Quecksilber das Virus selbst, der supponierten Mikroorganismen der Krankheit zu beeinflussen. Denn Quecksilber wirkt prompt auf die Symptome aller Stadien. Es ist ferner der statistische Nachweis erbracht, dafs schon bei einmaliger, in noch viel höherem Mafse aber bei mehrmaliger Anwendung von Quecksilberkuren ungleich seltener schwere, insbesondere tertiäre Erscheinungen sich einstellen, als wenn gar keine oder eine schlechte Quecksilbertherapie im Frühstadium stattgefunden hat. Bei der „malignen Syphilis" geht ein überaus bösartiger Charakter mit Unverträglichkeit gegen Quecksilber einher. Auch kann energische Hg-Behandlung der Eltern resp. der Früchte zweifellos die Vererbungsfähigkeit der Krankheit beeinflussen. Endlich spricht die Beobachtung für die Heilkraft des Quecksilbers, dafs im Laufe der Jahrhunderte der Charakter der Syphilis milder geworden ist. Nach Verfasser hat nämlich eine Virulenzabschwächung durch den Einfluss des Quecksilbers stattgefunden. — Es mufs daher das Quecksilber angewendet werden, so lange die Krankheitserreger im erkrankten Organ vorhanden sind. Denn es ist wahrscheinlich, dafs die Erscheinungen der Syphilis in allen Stadien durch Syphilismikroorganismen selbst erzeugt werden, wenn auch nach Jadassohn im tertiären Stadium die Quantität der Bacillen vielleicht nur noch eine sehr geringe ist. Für die Beurteilung der Infektiosität der Krankheit ist nach Neisser vielleicht das Alter der Syphilis entscheidender als die gerade vorhandenen Erscheinungen. — Bei diesem Standpunkt wird man in allen Stadien und Formen des Quecksilbers nicht entraten können. Jod ist viel eher zu entbehren. Im primären und sekundären Stadium beseitigt es gewisse, vielleicht periostale, Schmerzformen und besonders stark wuchernde Plaques und Kondylome. Unentbehrlich ist es für alle tertiären Erscheinungen, wobei hohe Dosen nötig sind. Aber auch ohne Jod werden tertiäre Symptome durch Hg beeinflufst. — Nach beiden Richtungen hin werden häufig Fehler in der Therapie gemacht: erstens durch Unterlassen der Quecksilberbehandlung trotz sekundärer Erscheinungen und zweitens Unterlassung der Jodbehandlung trotz tertiärer Erscheinungen. Diese Fehler kommen zu stande: a) Durch die Anschauung, dafs man sekundäre resp. tertiäre Formen mit früher resp. später Krankheitsperiode identificiert. b) Durch die Anschauung, dafs viscerale und cerebrale Lues eo ipso identisch sei mit tertiärer Lues. — Diese Anschauungen sind falsch, denn erstens giebt es typische Früherscheinungen: Papeln, Condylome, Plaques, bisweilen in sehr späten Jahren nach der Infektion. Zweitens ist statistisch nachgewiesen, dafs die tertiären Erscheinungen in ihrer Hauptzahl schon im dritten, viele aber sogar schon im ersten und zweiten Jahre der Erkrankungen auftreten. Drittens wird betont, dafs man ebenso wie auf der Haut auch in den visceralen Organen, an den Hirngefäfsen, Meningen etc. trennen müsse die „papulösen" Formen von den „gummösen" Formen. Die Möglichkeit ist daher stets vorhanden

dafs sowohl in der Frühperiode wie in der Spätperiode bald papulöse, bald gummöse Erkrankungsformen in den inneren Organen sich abspielen. — Stets ist also mit Jod und Quecksilber zu behandeln, wenn es sich um cerebrale und viscerale Syphilis handelt. Diese kombinierte Therapie schädigt in keiner Weise. Die diagnostische Verwertung der Quecksilber- und Jodtherapie kommt in Betracht bei Erkrankungen des Centralnervensystems, namentlich bei Kindern, bei Tabes und Paralyse, bei Sarkom und Carcinom, Aktinomykose (durch Jodkalium geheilt), bei Lupus (Kalomelinjektionen), bei Erythema nodosum. *I. Bloch-Berlin.*

Die Verwendung des Quecksilbers bei der Behandlung der Syphilis, von Gaucher. (*Traitement de la Syphilis*). Der Verfasser empfiehlt für alle Arten der Quecksilberapplikation die Verwendung der löslichen Hg-Präparate, die den unlöslichen an Wirksamkeit weit überlegen sind. Für alte Luesfälle von mittlerer Intensität genügt Verabreichung von Sublimat per os (Sublimat 1,0, Alcohol. rectif. 100,0, Aqua 900,0, täglich ein Eslöffel voll; oder Sublimat, Extr. Opii ā 0,1, Argill. q. s. ut f. c. Aqua dest. pil. No. X, mittags und abends während der Mahlzeit eine Pille). In Fällen von schwerer oder maligner Lues, besonders bei phagedänischem Schanker, allgemeinen konfluierenden Syphiliden, frühzeitigem Auftreten von Gummata, hartnäckigen breiten Condylomen, Lokalisation in den Eingeweiden, frühzeitig auftretenden nervösen Erscheinungen sind die subcutanen Hg-Injektionen am Platze. Man verwendet dazu: Hydrarg. bijodat. 0,02, Ol. oliv. steril. 50,0; oder Hydrarg. peptonat. 1,0, Aqua dest. 100,0; oder Hydrarg. benzoic. 0,3, Ammon. benzoic. 1,5, Aqua dest. 30,0, täglich 1—2 gr einzuspritzen. Einspritzungen von Hydrarg. benzoic. verursachen am wenigsten Schmerzen. In manchen Fällen mufs zwischen Injektionen und Verabreichung per os abgewechselt werden. Die unlöslichen Hg-Präparate sollen nur in Ausnahmefällen Verwendung finden, so Hydrarg. tannic. bei luetischen Nierenentzündungen, ferner wenn die löslichen Salze aus irgend einem Grunde nicht anwendbar sind, Injektionen von Kalomel (0,5 : Paraffin. liquid. steril. 10,0) oder Oleum cinereum (Hydrarg. 5,0, Paraffin. liquid. steril. 8,5, Lanolin 1,5, täglich zwei Tropfen mit einer dicken Nadel tief einzuspritzen.) — Die Verwendung von Jodkalium im Anfange der Lues neben Hg empfiehlt der Verfasser nur bei phagedänischem Schanker, bei Syphiliden, die von tiefgehenden Indurationen des Derma begleitet sind, bei frühzeitigem Auftreten schwerer Syphilide. Aufserdem ist Jodkalium zu verordnen, wenn Hg nicht vertragen wird. (Nach *Journ. des Praticiens.* 1899. No. 8.)

Götz-München.

Über die chronische intermittierende Quecksilberbehandlung der Syphilis, von E. Poulsson. (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben.* 1899. No. 2.) Verfasser behandelt die Prinzipien und die praktische Anwendung bei dieser Behandlung.

O. Jersild-Kopenhagen.

Behandlung der Syphilis durch Tragen von mit Quecksilbersalbe bestrichenen Flanellen, von Stern-Düsseldorf. (*Presse méd.* 6. Mai 1899.) Verfasser empfiehlt nach Mergets Vorgange folgende an 102 Syphilitischen erprobte Behandlung der Lues, wie sie ja in Deutschland schon bekannt ist. Ausgehend von der Ansicht, dafs das Merkur von den Lungen aus zur Wirkung kommt, läfst Verfasser Flanellstücke von 40—50 cm im Geviert auf Brust oder Rücken tragen, auf deren Innenseite täglich 5—8 g Unguentum cinereum aufgestrichen werden. Mit dem Schwinden der Erscheinungen wird das Aufstreichen schliefslich statt täglich alle zwei bis drei Tage vorgenommen. Die Prozedur soll im Durchschnitt acht Wochen hindurch vorgenommen werden. *E. Hopf-Dresden.*

Über die Einreibungskur bei Syphilis, von Eduard Spiegler. (*Wien. med. Blätter.* 1899. No. 23.) Die Ausführungen des Verfassers gehen zunächst darauf, zu beweisen, dafs die Salivation und Stomatitis bei Merkurialkuren nicht eine Folge der allgemeinen Quecksilberwirkung sein müssen, sondern ebensogut durch lokale Einwirkung von Quecksilberdämpfen entstehen können. Es ist deshalb eine Stomatitis nur dann ein sicheres Zeichen für die Wirksamkeit des Quecksilbers, wenn örtliche Einwirkung ausgeschlossen werden kann. — Im übrigen nimmt Verfasser an, dafs die Inunktionskuren doch hauptsächlich durch Hautresorptionen wirken, nicht durch Inhalation. Auch bei der Welanderschen Säckchenmethode und ähnlichen Versuchen ist die endermatische Wirksamkeit, die Resorption des vergasenden Quecksilbers durch die Haut von grofser Bedeutung. Unser Bestreben mufs darauf hinausgehen der Inunktionskur nicht nur den Charakter einer Inhalationskur zu geben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung der Syphilis, von Boleslav Lapowski. (*New York. med. Journ.* 22. April u. 6. Mai 1899.) Zu Beginn seiner längeren Abhandlung hebt L. hervor, dafs immer noch das Quecksilber die Therapie der Syphilis beherrscht und dieser allein (? Ref.) von allen chronischen Infektionskrankheiten noch nicht die neue Aera der Serumtherapie zu Gute gekommen ist. Trotzdem also das Hg das Jahrhunderte alte Spezifikum ist, herrschen noch gegenwärtig die gröfsten Meinungsverschiedenheiten über die Fragen, wann die Hg-Kur zu beginnen, wie lange sie fortzusetzen, welches die beste Art der Darreichung ist. Dafs das Hg nicht direkt als antiparasitäres Mittel bei Syphilis wirkt, ist mehr als wahrscheinlich aus folgenden Gründen: 1. in Ländern, wo Jahre lang Syphilis mit Hg behandelt worden ist, ist die Zahl der Syphiliskranken nicht vermindert; 2. in Ländern, wo Syphilis selten oder niemals mit Hg behandelt worden ist, ist die Zahl der Syphiliskranken nicht gewachsen; 3. die Gegenwart von Hg schützt niemanden (Spiegelarbeiter) davor, syphilitisch inficiert zu werden, noch verhindert die Einverleibung von Hg den Rückfall der syphilitischen Symptome während der Zeit der Darreichung; 4. Hg hat auch Heilwirkung bei anderen Krankheiten, wie Epitheliom, Lupus, Psoriasis und Lepra; 5. andere, speziell irritierende, Mittel modificieren ebenfalls die syphilitische Affektion; 6. sowohl Syphilis in gewissen Entwickelungsstadien wie Hg greifen dieselben Zellen an, verursachen Erscheinungen auf Haut und Schleimhäuten, welche die Unterscheidung oft aufserordentlich erschweren, ob sie syphilitischer oder merkurieller Natur sind. Was den Einfluſs des Hg auf den Organismus betrifft, so hängt er von der Menge Hg ab, welche in die Cirkulation eingeführt wird; jene Methode wird daher unseren meisten Beifall finden, welche uns in den Stand setzt, die gröfste Menge Hg in sicherster Weise einzuverleiben. Einatmung und intravenöse Injektion von Hg-Präparaten wären die besten Methoden, können aber wegen der grofsen, damit verbundenen Gefahr nicht ausgeführt werden. Die Darreichung per os in Pillenform ist wenig wirksam gegen das syphilitische Gift, trotzdem, erfahren wir von L., ist sie in Amerika die noch am meisten gebräuchliche. Was die hypodermatischen Injektionen betrifft, so bietet die geringste Gefahr die Sublimatlösung, je länger aber das Mittel im Körper bleibt und je langsamer die Elimination, desto gröfser wird die Gefahr; dieser Umstand und die Möglichkeit der Lungenembolie veranlassen L., die Injektionen völlig zu verwerfen. Nur die Inunktionskur entspricht nach L. allen Anforderungen, wenn nur vor Beginn derselben Zustand von Mund, Zähnen, Abwesenheit von Eiweifs und Zucker im Urin, event. Steinbildung entschieden berücksichtigt worden sind. Die Pharmakopoe der Vereinigten Staaten schreibt die sogenannte blaue Salbe vor und L. sieht dieser gegenüber in den Lanolin-, Resorbin- und Vasogen-Hg-Salben keinen Vorteil. Er hat sodann die feste Überzeugung, wie sie jetzt all-

gemein zu werden scheint, dafs die Wirkung der Hg-Salbe auf Inhalation durch die Lungen beruht, und empfiehlt daher als besonders saubere Methode, 4—5 g der Salbe auf Leinwand von 50 cm Länge und 40 cm Breite gestrichen, am Körper (Schulter oder irgend einer anderen passenden Stelle) zu tragen. Bei einer Form der Syphilis, der malignen, ist Hg jedoch nicht zu empfehlen, sondern Jodpräparate; in anderen Fällen ist die sogenannte gemischte Behandlung angezeigt, besonders wenn Jodkalium zu Nebenerscheinungen Veranlassung giebt. Als besten Modus dieser gemischten Behandlung empfiehlt L., für 2—3 Wochen Jod zu geben und dann, nach einem Intervall von 5—6 Tagen, mit dem Hg zu beginnen; als Unterstützungsmittel der Hg-Behandlung sind sehr zu empfehlen Mineralquellen und heifses und kaltes Wasser (Dampfbäder), ferner die geeigneten hygienischen und diätetischen Mafsnahmen. Was die lokale Behandlung der syphilitischen Erscheinungen betrifft, so ist Kalomel, wie bekannt, bei den Frühsymptomen ein vorzügliches Mittel, als Ätzmittel aufser dem Höllensteinstift (für jeden Patienten ein eigener!) und 5—10%ige Karbollösung, 1%ige Sublimatlösung (in Äther und Alkohol; Hydr. bichlor. corros. 0,3, Aether. sulphur., Alcohol. ā 15,0). Als das beste, ja souveräne Mittel gegen die merkurielle Stomatitis sieht L. Tamponade des Mundes mit 10%iger Jodoformgaze an. L. ist Gegner der sogenannten Frühbehandlung, d. h. bevor Haut- oder Schleimhauterscheinungen aufgetreten sind, und glaubt, dafs dieselbe besten Falles wertlos ist, da — was Referent sehr bezweifeln möchte — der Prozentsatz der Spätsyphilis nicht gröfser sei als zu der Zeit, wo alle Primärgeschwüre, harte und weiche, mit Hg behandelt wurden sobald als sie erschienen. Auch über die — jetzt wohl allgemein anerkannte — Art der chronischen, intermittierenden Behandlung bricht L. völlig den Stab, indem er zahlreichen Berichten entnommen wissen will, dafs der Prozentsatz der Spätsyphilis unter sonst gleichen Bedingungen in Ländern, wo diese Jahre lang fortgesetzte Behandlung üblich ist, nicht geringer ist als in Ländern, wo die sogenannten Opportunisten, welche blofs bei offenkundigen Erscheinungen Hg geben, tonangebend sind. Ja der Prozentsatz von Heilungen soll bei beiden Methoden nicht geringer sein als in Ländern, wo sehr wenig oder gar kein Hg angewandt wird. Die intermittierende Behandlung soll ferner den Nachteil haben, den Patienten lange Zeit hindurch dem Einflufs eines, dem menschlichen Organismus fremden, wenn nicht sogar schädlichen Elementes auszusetzen. Wie ersichtlich, fordern einzelne Ansichten Lapowskis zu Kontroversen auf, wiewohl er sie mit Beweisen zu belegen sucht, denen Gegenbeweise ziemlich leicht, aber Referenten hier zu weit führen würden.

Stern-München.

Die Serumbehandlung der Syphilis, von Charmeil. (*Brit. med. Journ.* 19. Nov. 1898.) Verfasser bediente sich des Serums junger Kühe. Er begann mit 150 ccm und erzielte eine energische Reaktion. Die Temperatur stieg rapide, hielt sich 24 bis 36 Stunden hoch und kehrte wieder zur Norm zurück. Abgesehen von vereinzelten schwachen Lungenerscheinungen waren keine üblen Nachwirkungen zu verzeichnen. Alle Patienten besserten sich rasch ohne merkurielle Behandlung. Verfasser ist jedoch der Meinung, dafs die Resultate mehr dem Fieber als irgend einer spezifischen Wirkung zuzuschreiben seien. Das Serum vom Pferde erwies sich weniger wirksam.

C. Berliner-Aachen.

Die Mineralwasserkur bei der Behandlung der Syphilis, von Neisser-Breslau, Travis Drennen-Hot Springs, Enriquez-Murcia, Forestier-Aix-la-Chapelle Vuia-Herkulesbad, Finger-Wien. (*Clinica*-Bukarest. 1899. No. 3—8.) Sämtliche Autoren stimmen darin überein, dafs warme Mineralbäder ein mächtiges Adjuvans bei der Behandlung der Syphilis bilden, jedoch niemals die Specifica ersetzen können.

Sie regen den Stoffwechsel an und wirken auch in gewissen Fällen, wie z. B. bei geschwürigen Hautprozessen, lokal. Auf die Kontraindikationen wird ebenfalls hingewiesen. *C. Müller-Genf.*

Jodipin in subcutaner Anwendung bei tertiärer Lues, von V. Klingmüller. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 25.) Jodipin ist eine organische Verbindung des Jods mit Sesamöl, in der sich jenes an die Fettsäuren des Öls additionell angelagert hat. Als flüssiges Jodfett wird es vom Körper resorbiert und teils als solches in Muskeln, Leber, Knochenmark, Unterhautzellgewebe abgelagert, teils gespalten. Die Hauptmenge des Jods verläßt den Körper als Jodalkalium. — Verfasser hat bei 36 Patienten der Neisserschen Klinik ein 10%iges Jodipin subcutan injiciert. Es erwies sich bei Verwendung auch sehr grofser Dosen (bis zu 20 ccm eines 10%igen Jodipins = 2,0 Jod) als vollkommen ungiftig. Dazu gesellte sich der wesentliche Vorteil, dafs alles in den Körper eingeführte Jod auch wirklich verarbeitet und nutzbar gemacht wird. Dabei ist die Methode der subcutanen Jodipineinspritzungen schmerzlos, bequem und billig. — Das Jodipin hat eine spezifische Jodwirkung auf tertiäre Lues, wobei der Organismus länger unter Jodwirkung bleibt als bei den bisher gebrauchten Jodpräparaten. Der Jodismus fällt ganz weg, obgleich man den Körper wochen- ja monatelang unter Jodwirkung stellen kann durch eine in wenigen Tagen zu Ende geführte Injektionskur. — Zum Schlusse berichtet Verfasser über gleich günstige Erfahrungen mit einem 25%igen Jodipinpräparat. *I. Bloch-Berlin.*

Antisepsis bei Merkurinjektionen, von M. Bloch-Paris. (*Presse méd.* 22. April 1899.) Verfasser empfiehlt folgendes Vorgehen bei Kalomelinjektionen: Nach Abseifung und Sterilisation der Haut skarificiere man dieselbe einige Centimeter über der Injektionsstelle und injiciere einige Tropfen des in einem Recipienten aufgefangenen Blutes durch die eingeführte Pravatznadel vor und nach der Einverleibung des Merkursalzes. Dadurch soll die Gewebsreizung verhindert werden, indem sich zwischen dem Gewebe und dem Kalomel eine Fibrinkapsel bilde, das sich sehr langsam resorbiert und das Quecksilber demnach auch nur allmählich zur Resorption bringt. Der Autor hat so bis zu 0,5 g Kalomel auf dreimal innerhalb vierzehn Tagen einverleiben können. In der Diskussion warnt Bouloumié vor so hohen Dosen und Verchère ist der Ansicht, dafs die Bildung des Fibrincoagulums schon ein Zeichen mangelnder Asepsis ist und dafs dasselbe die Infektionsgefahr nur erhöht. *E. Hopf-Dresden.*

Behandlung der syphilitischen Alopecie, von Gaucher. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 13.) Der Haarausfall im Beginn der Syphilis wird gewöhnlich durch Waschungen der Kopfhaut mit einem irritierenden Wasser beseitigt. Dagegen erfordert die luetische Alopecia areata eine lange Behandlung. Die Haare sind stets kurz zu halten, Haare und Kopfhaut sind fleifsig mit folgender Lösung zu waschen: Sublimat 0,2, Chloralhydrat 4,0, Resorcin 2,0, Ol. Ricin. 1,0, Alkohol (90%) 200,0. In dieser Lösung kann man 25—50 g Alkohol durch die gleiche Quantität Tinct. Chinae ersetzen, wodurch jedoch momentane Rotfärbung der Haare bewirkt wird. Aufserdem sind Einreibungen mit einer der folgenden Salben zu machen: Kalomel 3,0, Vaselin 30,0; oder Acid. salicyl. 0,6, Vaselin 30,0; oder Sulfur. praecip. pur. 3,0, Vaselin 30,0. Die Schwefelpomade ist besonders dann anzuwenden, wenn neben der Alopecie Seborrhoea sicca (Pityriasis capitis) besteht. *Göts-München.*

Die hereditäre Syphilis des Ohres, von Castex. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 17.) In ungefähr zwei Fünfteln aller Fälle von hereditärer Lues finden

sich syphilitische Erscheinungen am Ohre; dieselben kommen bei Mädchen viel häufiger vor als bei Knaben. — In der Ohrmuschel und im äufseren Gehörgange manifestiert sich die hereditäre Lues ausschliefslich bei Neugeborenen und zwar in Form makulöser, bullöser oder papelförmiger Syphilide; aufserdem kommen hier Gummata, in seltenen Fällen Gangrän der Ohrmuschel infolge von Arteriosklerose, endlich verschiedenartige Ernährungsstörungen und Mifsbildungen der Ohrmuschel vor. — Im Mittelohr tritt die hereditäre Syphilis bei Neugeborenen in Form eitriger, bei älteren Kindern in Form katarrhalischer Paukenhöhlenentzündungen auf. Allerdings ist es noch fraglich, ob die eitrigen Entzündungen wirklich luetischer Natur sind oder ob es sich bei denselben nur um eine Infektion mit Streptokokken handelt. — Die hereditäre Lues des inneren Ohres, deren trauriger Endeffekt hochgradige Schwerhörigkeit oder unheilbare Taubheit ist, tritt gewöhnlich erst im Pubertätsalter, manchmal auch noch später auf. Sie nimmt zum Teil einen ungemein foudroyanten Verlauf, indem ohne irgend welche Vorboten plötzlich unter Begleitung von Schwindelgefühlen und Erbrechen doppelseitige Taubheit eintritt, und zwar gewöhnlich, begünstigt durch die horizontale Lage, während der Nacht. Eine zweite Art der hereditären Lues des Labyrinths verläuft nicht ganz so blitzartig, aber immer noch rapid: hier gehen dem Eintritt der Taubheit einige Wochen lang subjektive Geräusche und Schwindelgefühl voraus. Die Untersuchung des Ohres ergiebt nichts Abnormes, der Rinnésche Versuch fällt positiv aus. — Die foudroyante Form wird wahrscheinlich verursacht durch Blutungen in das Labyrinth infolge von Endarteriitis syphilitica; möglicherweise allerdings handelt es sich um eine syphilitische Veränderung des Gehörcentrums in der Rautengrube oder um eine parasyphilitische Affektion dieses Centrums, durch welche der Nervus acusticus in seinem Anfangsteil komprimiert wird. Als pathologisch-anatomische Ursache der rapid verlaufenden Form wird von den verschiedenen Autoren angegeben Neuritis des Nervus acusticus, Periostitis der Wände des Vestibulum mit zelliger Infiltration des ganzen Labyrinths, ferner syphilitische Sklerose des Labyrinths und besonders der Lamina spiralis ossea. — Die Diagnose ist gewöhnlich unter Berücksichtigung der Anamnese und der anderweitigen luetischen Manifestationen, sowie des Fehlens irgend welcher Veränderungen im Ohr leicht zu stellen. — Die Prognose ist stets ernst, bei Kindern unter sieben Jahren nicht nur bezüglich des Gehörs, sondern auch bezüglich des Sprachvermögens, da Verlust des Gehörs bei Kindern unter sieben Jahren gewöhnlich zur Taubstummheit führt. — Die Behandlung ist nicht sehr aussichtsvoll. Gleichzeitig mit der antiluetischen Behandlung (Hg und Jodkalium) mufs lokal eingegriffen werden (antiseptische Ausspülungen, event. Paracenthese, Luftdouchen, Massage des Trommelfells); aufserdem werden empfohlen methodische Übungen des Gehörorgans, Pilocarpininjektionen, in foudroyanten Fällen Strychnininjektionen, endlich Anwendung des konstanten Stromes.

Götz-München.

Behandlung der Syphilis des Mundes und des Rachens, von A. Fournier. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 7.) Die Syphilide des Mundes und des Rachens werden durch spezifische Behandlung, Applikation von Hg und Jodkalium, gar nicht oder nur äufserst langsam beeinflufst, während sie der lokalen Behandlung, der Kauterisation, gewöhnlich in wenigen Tagen weichen. Nur zwei Mittel sind zur Kauterisation dieser Plaques muceuses tauglich: Argentum nitricum in Substanz und Hydrargyrum nitricum; alle andern Caustica ätzen entweder zu stark oder zu schwach. Für die meisten Fälle reicht Argentum nitricum aus, das weniger stark ätzt, viel weniger Schmerzen verursacht und leichter zu handhaben ist als das flüssige Hydrargyrum nitricum. Von grofser Wichtigkeit ist, bei jeder Ätzung die Wirkung des Ätzmittels auf die erkrankte Stelle zu beschränken; dies ist bei Verwendung des

Höllensteinstiftes viel leichter als bei Verwendung des salpetersauren Quecksilbers. Letzteres wird, wenn die Plaques in leicht erreichbarer Nähe, auf den Lippen, auf dem vorderen Teil der Zunge etc. liegen, mit Hülfe eines gewöhnlichen Zündholzes appliciert, das einen Augenblick in die Flüssigkeit getaucht wurde; zur Ätzung entfernter liegender Plaques bedient man sich eines Höllensteinträgers, an dem ein in die Flüssigkeit getauchter und dann gut ausgedrückter Wattetampon absolut sicher befestigt wird; mit diesem wird die Oberfläche der erkrankten Stelle leicht bestrichen. Sofort nach jeder Ätzung läfst man mit Wasser gurgeln. Bei neu entstandenen kleinen Syphiliden, dann bei Plaques, die an sehr empfindlicher Stelle, wie an der Zungenspitze liegen, ist Argentum nitricum vorzuziehen, weil es weniger Schmerzen verursacht. Bei alten Plaques, die schon verschiedener Behandlung widerstanden haben, dann bei Plaques an weniger sensiblen Stellen, wie am Zahnfleisch, am Gaumen, wird man das energischer und sicherer wirkende Hydrargyrum nitricum vorziehen. Wenn es sich um sehr grofse oder sehr zahlreiche Plaques handelt, ist Argentum nitricum anzuwenden; überdies darf in solchen Fällen nicht die ganze erkrankte Partie auf einmal, sondern jeden Tag nur ein Teil geätzt werden. Die Schmerzen beginnen gewöhnlich einige Minuten nach der Kauterisation und dauern 10—30 Minuten; wiederholte und prolongierte Mundbäder mit kaltem Wasser, kalter Milch, Abkochungen von Eibisch und Mohn, ferner Schlucken von Eis und Eisgetränken unmittelbar nach der Ätzung vermindern die Schmerzen. Meist genügt eine Kauterisation um Heilung zu bewirken; ist jedoch eine zweite Ätzung nötig, so darf dieselbe frühestens vier Tage nach der ersten vorgenommen werden. — Die Wirkung der Kauterisation mufs unterstützt werden durch strenge Hygiene des Mundes: diese erfordert wiederholte Reinigung des Mundes besonders nach den Mahlzeiten, Sorge für tadellose Beschaffenheit der Zähne, absolutes Verbot des Tabakrauchens und Kauens, sowie des Genusses alkoholischer Getränke und scharfer Speisen. Zum Spülen des Mundes, bezw. zu den Mundbädern verwendet man, solange ein Reizzustand nach der Ätzung besteht, Abkochungen von Eibisch, Gerste oder Mohn, eventuell Milch. Wenn alle entzündlichen Symptome abgelaufen sind, wird man zum Spülen des Mundes leichte Adstringentien verordnen, z. B. eine leichte Lösung von chlorsaurem Kalium. Aufserdem kann man die geätzten Stellen mit einer Lösung von Borax 10,0 in Glycerin 30,0 einpinseln lassen. Besteht ein schmerzhafter Reizzustand des Mundes, so verordnet man Spülungen mit einem Infus von Cocablättern (2,0 : Aqua 200,0) oder Pinselungen mit 5%iger Kokainlösung oder Applikation von Cocainsalbe.

Götz-München.

Leukoplasiforme Syphilide oder Parasyphilide des Mundes, von A. Fournier. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 9.) Die sekundäre Periode der Syphilis manifestiert sich bei Männern, und zwar auch bei solchen, die nicht rauchen, im Munde nicht selten in Form weifser Flecken, die, im Gegensatz zu den gewöhnlichen Plaques muqueuses, das Resultat einer oberflächlichen Infiltration der Schleimhaut darstellen und sich durch grofse Widerstandsfähigkeit gegenüber allgemeiner wie lokaler Behandlung auszeichnen. Diese Flecken sitzen gewöhnlich an den vorderen zwei Dritteln der Seitenränder der Zunge oder auf dem vorderen Drittel des Zungenrückens oder auf der Wangenschleimhaut in der Nähe der Commissur der Lippen, seltener auf der Schleimhaut der Unterlippe, noch seltener auf dem Zahnfleisch. An den Gaumenbögen, am Gaumensegel und im Pharynx hat der Verfasser solche Flecken nie gesehen. Sie finden sich in sechs verschiedenen Typen, rund oder oval, in Form bandartiger Streifen, sternförmig, in Form einer Gruppe feiner, fast paralleler Striche, als netzförmig sich kreuzende Streifen, in Form zusammengehäufter kleiner Punkte. Sie haben gewöhnlich die Gröfse einer Linse, nur die bandförmigen sind bedeutend

gröfser; manchmal konfluieren sie und nehmen dann gröfsere Partien der Schleimhaut ein. Man findet meist 2—5 Flecken und mehr über verschiedene Partien der Mundschleimhaut zerstreut. Sie haben scharfe, aber unregelmäfsige Grenzen, milchweifse oder opalescierende Farbe, oft mit perlmutterartigem Glanz, und erheben sich nicht über das Niveau der gesunden Schleimhaut; ihre Oberfläche ist glatt. Die syphilitischen Leukoplasien verursachen an und für sich keine Schmerzen, daher bleibt ihre Entstehung gewöhnlich unbemerkt; nur beim Genufs scharfer Speisen und alkoholischer Getränke sowie beim Rauchen wird manchmal Stechen und Brennen empfunden. Entsteht auf oder in der Nähe der Leukoplasie eine Fissur oder eine Erosion, so treten Schmerzen, Speichelfluſs, Behinderung im Kauen und Sprechen auf. — Ob feuchte, erodierte oder exulcerierte Leukoplasien infektiös sind oder nicht, ist noch nicht entschieden; die trockenen, nicht erodierten oder exulcerierten Flecken sind es sicher nicht. — Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die luetischen Plaques muqueuses, die ein oberflächliches Exsudat darstellen, während die luetischen Leukoplasien die Folge einer Entartung, Keratinisation, des Epithels sind; die Plaques muqueuses haben nicht den charakteristischen perlmutterartigen Glanz und lassen sich durch Kauterisierung leicht beseitigen. — Die idiopathischen Leukoplasien entstehen viel langsamer als die luetischen, sitzen gewöhnlich in dreieckiger Form auf der Schleimhaut der Lippenkommissur oder auf dem ganzen vorderen Teil des Zungenrückens und haben eine mehr graue, matte Farbe. — Die Efflorescenzen des Lichen planus im Munde endlich finden sich auch auf dem Gaumensegel, den Gaumenbögen und auf dem Zahnfleisch; sie haben weifsliche, gräuliche bis perlgraue Farbe ohne Glanz, ihre Oberfläche ist lederartig, rauh, manchmal granuliert, sie ragen über das Niveau der gesunden Schleimhaut hinaus und werden durch lange Zeit fortgesetzte Verabreichung von Arsenik gebessert oder geheilt. — Die Therapie ist sehr wenig aussichtsvoll: die Leukoplasien trotzen zumeist jeder Behandlung. Stets ist möglichste Asepsis der Mundhöhle, sorgfältige Unterhaltung der Zähne und Vermeiden jeder lokalen Reizung durch Rauchen, Genufs scharfer Speisen und alkoholischer Getränke vorzuschreiben, aufserdem wiederholte Mundbäder durch Abkochungen von Eibisch, Gerste, Leinsamen u. dergl., Pinselungen mit Borsäurelösung. Ätzungen mit Argentum nitricum in Substanz oder mit Hydrargyrum nitricum bleiben in der Mehrzahl der Fälle wirkungslos. Auch die spezifische Behandlung hat gewöhnlich keinen oder nur sehr geringen Erfolg: Jodkalium wirkt gar nicht, ebensowenig Hg in der gewöhnlichen Dosis; in manchen Fällen wurde durch Injektion grofser Dosen Kalomel (0,05—0,1) eine allerdings auch nicht beträchtliche Wirkung erzielt. — Die beschriebenen Leukoplasien sind einerseits sicher luetischen Ursprungs; andererseits sind sie nicht syphilitischer Natur in der Art wie z. B. die Plaques muqueuses, die Exostosen, die Gummata, weil das Reagens auf Syphilis, die syphilitische Behandlung, bei ihnen versagt: sie gehören in die Kategorie der parasyphilitischen Affektionen.

Göts-München.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Pityriasis, von Schwimmer. Eulenburgs *Real-Encyclop.* Bd. XIX.) Unter dieser Bezeichnung fafst man pathologische Zustände der Haut zusammen, bei denen eine dauernde feine Abschuppung hypernormalen Grades stattfindet. Man hat zu unterscheiden zwischen Pityriasis simplex, Pityriasis rosea Gibert, Pityriasis rubra pilaris Devergie, Pityriasis rubra der Wiener Schule und Pityriasis

versicolor, wobei der erstgenannte Begriff keineswegs eine eigene Krankheitsentität darstellt, sondern nur alle einschlägigen kleinschilfernden Dermatosen repräsentiert, die nicht als besondere Affektionen gelten. Die ursprüngliche πιτυρώδες Galens, für Affektionen, quibus assidue furfura in capite gignuntur, ging allmählich immer mehr in der Benennung Porrigo unter, womit man alle Erkrankungen am Kopfe bezeichnete, mochten es nun Ekzem oder Psoriasis oder geschwürige Prozesse sein. Willan brachte den Namen Pityriasis wieder auf für trockene, kleienartige Abschuppungen und unterschied eine Pityriasis capitis und eine Pityriasis rubra s. corporis. Diese Bezeichnung wurde von den späteren Autoren im grofsen und ganzen beibehalten, Gibert beschrieb später die bekannte aus runden schuppenden Kreisen bestehende Hautkrankheit, Biett und Cazenave stellten noch daneben die Pityriasis nigra — auf stark pigmentiertem Grunde —, Bazin und Bandot die Pityriasis circinata, sowie Devergie die Pityriasis rubra acuta als Abart der Pityriasis generalis auf.

1. Pityriasis simplex. Kommt am häufigsten auf dem behaarten Kopfe vor und tritt als Bildung feinster, kleinster weifser, grauweifser bis gelbbrauner Schüppchen auf, die entfernt durch immer neu sich nachbildende ersetzt werden. Zuweilen sieht das Kopfhaar dadurch wie gepudert aus. Der Symptomenkomplex ist sehr bekannt. Eine stete Begleiterscheinung ist der Haarausfall, der jedenfalls die grofse Mehrzahl von Alopecien begleitet. Die ätiologischen Verhältnisse sind noch dunkel. Man nannte die Pityriasis capitis bisher oft eine trockene Seborrhoe des Kopfes, deren Folge dann natürlich der Haarverlust wäre. Sabouraud trennte beide Begriffe streng. Die Pityriasis kann nach ihm für sich bestehen, ohne Deflavium capillorum. Besteht letzteres nebenbei, könne man auf eine nebenhergehende Seborrhoe schliefsen. Die Pityriasis sei dann eine sekundäre Erscheinung.

Circumscripte trockene Kleienabschuppung findet man zuweilen im Gesicht jugendlicher Personen. Sie verliert sich ebenso spontan, wie sie scheinbar entstanden ist. Der Übergang der schuppenden Partien in die normale Haut ist dabei ein allmählicher.

Diese „Dartres furfuracées, volantes farineuses" der Franzosen von ehemals verlaufen fast symptomlos bis auf geringes Jucken. Die Behandlung der Pityriasis capitis wird bei uns durch die der begleitenden Seborrhoe ausgemacht. (Sapo viridis, Spiritus saponato kalinus, weniger empfehlenswert Teerseifen.) Zu häufige Waschungen sind nicht angezeigt, zweimal wöchentlich reinige man den Kopf mit warmem Wasser und Seife. Zurückbleibende Seifenreste verfilzen und verfärben die Haare. Neben den Seifen Spiritusbehandlung, eventuell abwechselnd mit Salbenapplikation. (Resorcin, Schwefel, Spiritus vini rectif., Chinarinde, Sublimat, in schwersten Fällen Pyrogallol). Behandlung erfordert jedenfalls Monate.

Zur Pityriasis simplex zählt auch die Pityriasis tabescentium seu cachecticorum Abschuppung in gröfseren Lamellen; befallen sind besonders die Glieder, und zwar hauptsächlich Vorderarme und Unterschenkel, sowie der Stamm. Diese symptomatische Pityriasis ist die Folge der allgemeinen Ernährungsstörung. Das frühere Vorhandensein eines starken Fettpolsters zur Erklärung der Erscheinung ist überflüssig, ja falsch. Atrophie der Gewebe mit Lockerung der Epidermislagen ist das Wesen der Abschuppung. Therapie ergiebt sich von selbst.

2. Pityriasis rosea, maculata et circinata (Gibert). Umschriebene Flecke am Stamm und Extremitäten mit bedeckender kleienartiger Abschuppung. Flecke, die Nagelgröfse meist nicht überschreiten, können konfluieren, jucken mäfsig und persistieren 6—8 Wochen. Neigung zu Recidiven. Beste Therapie: Schwefel. Das waren Giberts erste Angaben. Bazin und Hardy beschrieben später die damit wohl identische Pityriasis maculata et circinata. Nach Horand tritt die Affektion mit Vor-

liebe bei Kindern auf. Dieser Autor fand niemals Pflanzenparasiten und hält das Leiden für sehr rar. Auch Behrend bestritt später die parasitäre Natur des Leidens. Bisher ist kein Pilz nachweisbar gewesen. Der Primitivplaque sitzt nach Brocq am Thorax, Hals oder Arm. Er ist oval oder rund. Ränder, hellrosa, leicht erhaben, mit feinen, festhaftenden Schüppchen. Centrum braunrosa, leicht abgeflacht. Ausbreitung peripheriewärts, Abheilung central. Der Fleck wächst zuweilen bis zu einigen Centimetern Durchmesser aus. Zwei Wochen etwa besteht diese Primitivplaque allein. Die nun auftretenden zahlreichen Sekundäreruptionen, besonders am Hals und den Thoraxseiten, von Erbsen- bis Groschengröfse, zum Teil konfluierend, führen erst die Kranken zum Arzt. Einzelne, weit gröfsere, der Primitiveruption ähnelnde Eruptionen nennt Brocq Medaillons. Bei lebhafter Transpiration besteht heftiges Jucken, sonst keine Symptome. Differentialdiagnostisch kommen Lues, Herpes tonsurans, Psoriasis Eccema seborrhoicum in Betracht. Lues und Psoriasis sind leicht auszuscheiden. Herpes tonsurans zeigt regelmäfsigere, tiefer rote, entzündetere Ringe. Die Efflorescenzen des Eccema seborrhoicum sind mehr gelblich oder hochrot, die Abschuppung lebhafter, der Grund entzündlicher. Heilung erfolgt spontan. Medikation (Puder, Kleienbäder, Schwefelsalben) reizt zuweilen.

3. Pityriasis rubra pilaris (Devergie-Besnier). Lichen ruber acuminatus Kaposi, von den Franzosen wohl mit Recht als Krankheitsentität angesehen. Prognose ist günstiger, wie Kaposi angiebt. Spontane Heilung möglich. Zuweilen Recidive. Bei langem Bestand kann eine Dermatitis exfoliativa universalis oder nach den Franzosen Pityriasis rubra als Folge sich herausbilden.

4. Pityriasis rubra. In dieser Bezeichnung stehen sich Wiener und französische Schule feindlich gegenüber. Brocq beobachtet das Symptomenbild der Pityriasis rubra bei folgenden Leiden: Pityriasis rubra pilaris Devergie, Lymphodermia perniciosa Kaposi, allen arteficiellen (medikamentösen) universellen, mit Rötung und Schuppung verbundenen Eruptionen, akuten und universellen Nachschüben im Verlauf von Ekzem, Psoriasis und Lichen ruber planus, Herpétides exfoliatives Bazin, das ist den mit Rötung und Schuppung einhergehenden Zuständen der Haut von Leuten, die an rebellischen Ekzemen, Psoriasis und Lichen seit längerer Zeit leiden. Brocq will die Bezeichnung Pityriasis rubra für folgende Dermatosen vorbehalten wissen: Erythème scarlatiniforme desquamatif ou dermatite exfoliative aiguë béninge, Dermatite exfoliative généralisée im engeren Sinne (subacuta), Dermatite exfoliative généralisée chronique, Pityriasis rubra chronique Hebra, Pityriasis rubra subacuta benigna, Pityriasis rubra benigna (Existenz zweifelhaft), Dermatitis exfoliativa neonatorum. Brocqs Standpunkt dieser allgemeinen Subregistrierung ist unhaltbar. Er bezeichnet die sekundären Symptome von Krankheit als Pityriasis rubra. Nach der Wiener Schule ist die Pityriasis rubra eine sehr seltene, aber wohl differenzierte Krankheit, bei deren chronischem Verlauf keine weiteren Entwickelungsformen als Rötung und Schuppung auftreten. Beginn von den Gelenkbeugen aus. Haut gerötet, heifs anzufühlen, Schuppenbildung ohne Nässen, Efflorescenzbildung oder Infiltration. Zuletzt bietet sich folgendes Bild: Gesamte Haut lebhaft rot bis blaurot, an den Beinen besonders livid, Abschuppung in kleinsten oder gröfseren Lamellen ohne irgendwelche Schuppenauflagerungen aufser an Palma und Planta oder sonstige Epidermisveränderungen. Auf Druck Ablassung mit Stich ins Gelbe. Mäfsiges Jucken, Indigestionen, fortwährendes Frösteln. Dauer der Ausbreitung bis zu zwei Jahren, des Verlaufs bis zu vielen Jahren, ohne jegliche Rückbildung. Infolge allgemeiner Schrumpfung wird die Haut im Laufe der Zeit gleichsam für den Körper zu eng. Der Mund kann nur unvollständig geöffnet werden, die Lider sind ektropioniert, die Finger flektiert. Die Haut wird an den Knien und Ellenbeugen verdünnt, über den Unterschenkeln glatt,

glänzend wie Atlas, schwer faltbar. Das Gehen wird durch Empfindlichkeit der Sohlen erschwert. Die Haare fallen aus am Körper wie am Kopfe, die Nägel werden dünn, brüchig, gläsern. Das Fettgewebe der Unterhaut schwindet, die Epidermis reifst, besonders über Unterschenkel und Gelenken, wodurch wunde Stellen entstehen. Hebra-Kaposis Fälle gingen stets kachektisch zu Grunde, an Marasmus oder interkurrierenden Leiden. Prognose durchaus schlecht. Ätiologie unbekannt. Meist werden Männer befallen, Kaposis Fälle fielen in die Jahre zwischen 40 und 50. Die bisherigen Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchung sind noch nicht eindeutig. Therapie symptomatisch, reizlos. In einem Fall angebliche Heilung durch innerlichen Karbolgebrauch.

5. Pityriasis versicolor. Dieser Name wurde zuerst von Willan gebraucht, doch synonym mit Chloasma, Ephelides und ähnlichem als Ausdruck für fleckartige Hautkrankheiten. Alibert nannte die bunte Kleienflechte Pannus hepaticus, als Ausfluſs schwerer Leberaffektionen. 1846 wies zuerst Eichstädt einen Pilz als Erreger der Affektion und nannte ihn Microsporon furfur. Eichstädts Ansicht bahnte sich erst allmählich ihren Weg. Strittig ist noch heute der Punkt, ob die Pityriasis versicolor nur auf Personen gedeiht, die an organischen Krankheiten leiden. Die Pityriasis versicolor besteht aus gelben bis dunkelbraunen, aus feinen Schuppen bestehenden Flecken von verschiedener Gröſse und Kontur. Die Bezeichnung französischer Autoren Pityriasis nigra hat ihren Ursprung in besonders tief kolorierten Fällen der Pityriasis versicolor. Befallen werden von der gar nicht seltenen Hautaffektion Rumpf, Hals und Arme. Subjektive Symptome fast gleich Null. Meist wird die Affektion vom Arzte gelegentlich entdeckt. Bei oberflächlicher Betrachtung der Hautveränderung ist Verwechselung mit Pigmentsyphilis oder Chloasma denkbar. Hauptmerkmal zur Stützung der Diagnose ist die Möglichkeit, den aus Schuppenauflagerungen bestehenden Fleck wegkratzen zu können. Das Microsporon furfur, der Krankheitserreger, gehört zur Klasse der Kryptogamen und besteht aus verzweigten Fäden mit endständigen Sporenhaufen und freien Sporen. Die Mycelien sind gröſser wie die gleichen beim Herpes tonsurans und dem Favus. Die Sporen sind stark lichtbrechend, zeigen zum Teil deutliche Kerne. Die Mycelfäden verschwinden oft neben den starken Zellhaufen. Die Pilze liegen in den obersten Epidermisschichten. Zarte Haut scheint die Vorbedingung zur Erkrankung zu sein. Veranlassung sind wahrscheinlich mangelhafte Hautpflege, Einflüsse von Temperatur und Schweifs an bedeckten Körperstellen. Doch reichen diese Erklärungen zur Begründung des Auftretens im Gesicht nicht aus. Unnas und von Schlens Angaben, Reinkulturen des Microsporon furfur gezüchtet zu haben, werden von Kotlias widerlegt. Derselbe schlägt für den Pilz den Namen Oidium subtile vor. Die Behandlung ist sehr einfach. Merkurpräparate sind entbehrlich. Schon Waschungen mit Kaliseife oder grüner Seife, mehrere Tage energisch durchgeführt, bringen uns ans Ziel.

Hopf-Dresden.

Die Behandlung des Ekzems, von D. L. Ellis. (*Brit. med. Journ.* 26. Nov. 1898.) Der Verfasser spricht namentlich der Anwendung von antiseptischeu Mitteln bei der Behandlung des Ekzems das Wort. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung des Ekzems der Lider, von Trousseau. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 2) Für alle Arten von Ekzem der Lider giebt der Verfasser folgende allgemeine Vorschriften: Milde Kost mit Bevorzugung der Milch, Sorge für tadellose Funktion der Verdauungsorgane, besonders für regelmäfsigen Stuhlgang; Vermeiden von Wind und Staub, von Arbeiten bei grellem Licht besonders nach den Mahlzeiten; von Berührungen der Lider mit den Händen, von Kratzen der kranken Teile. —

Von lokaltherapeutischen Gesichtspunkten aus kommt der Verfasser zur folgenden eigentümlichen Einteilung der Lidekzeme: 1. Ekzeme von mittlerer Intensität; 2. akute oder irritable, 3. chronische oder torpide Ekzeme. Die Trennung der ersten beiden Gruppen ist nicht gerechtfertigt und auch nicht durchführbar; der Verfasser mufs daher in seinen Vorschriften wiederholt von der einen Gruppe auf die andere verweisen. — Beim akuten Ekzem ist zunächst der Reizzustand der Haut zu beseitigen durch Waschungen mit lauwarmem abgekochten Wasser am Morgen und Applikation von Kataplasmen, die mit Guttapercha bedeckt sind, während der Nacht. Läfst der Reizzustand nach, so werden morgens und abends Umschläge mit lauwarmer 3%iger Borsäure oder 2%iger Natrium bicarbonicum-Lösung gemacht. Mit den gleichen Lösungen wird, wenn Conjunctivitis und Photophobie besteht, der Bindehautsack ausgespült. Bestehende Ulcerationen werden täglich mit 2%iger Höllensteinlösung touchiert, die nässenden Stellen werden aufserdem während der Nacht mit einem milden Puder oder Streupulver bedeckt. Der oft sehr starke Juckreiz wird bestätigt durch Touchierungen mit Höllenstein, Waschungen mit 2%iger Natrium bicarbonicum- oder 3%iger Karbolsäurelösung und Einpudern während der Nacht. Wenn nun die akuten Reizerscheinungen abgelaufen sind, werden zweimal täglich nach vorausgegangener Entfernung des Sekrets Umschläge mit lauwarmer 0,1%iger Lösung von Hydrargyrum cyanatum gemacht, die bei eventuellem Wiederauftreten von Reizsymptomen sofort ausgesetzt werden müssen. Bewirkt lange fortgesetzte Applikation von Quecksilbercyanid keine entschiedene Besserung, bezw. Heilung, so wird abends eine milde Salbe (Zinkoxyd 0,25: Vaselin 10,0 oder Hydrargyrum oxydatum via humida par. 0,25: Vaselin 10,0) aufgelegt; morgens werden die Umschläge mit Hydrargyrum cyanatum forgesetzt. Salben dürfen nicht angewendet werden, wenn noch irgendwelche Reizerscheinungen oder Ulcerationen vorhanden sind. — Beim chronischen Ekzem ist von vornherein die Salbenbehandlung am Platze. Folgende Salben sind empfehlenswert: Hydrarg. oxydat. via hum. par. 0,6 : Vaselin 10,0; Resorcin 0,1–0,2 : Vaselin 10,0; Acid. carbol. 0,1 : Vaselin 10,0 (diese besonders bei starkem Juckreiz); Ol. cadin. 0,1—0,2 : Vaselin, Lanolin ā 5,0. Die Salbe wird abends aufgelegt, und zwar dürfen die stärker reizenden erst dann verwendet werden, wenn die milderen nicht zum Ziele führen. Morgens werden Umschläge mit Quecksilbercyanidlösung gemacht. Bei einer eventuellen akuten Exacerbation ist die Salbenbehandlung auszusetzen. Jedes noch so geringe Recidiv ist sofort mit Hydrargyrum cyanatum zu behandeln. — Die Thränenkanälchen und Thränengänge müssen sorgfältig beobachtet und eventuell durch Sondierungen durchgängig erhalten werden.

Götz-München.

Psoriasis und Alkoholismus, von Nardecchia. (*Rif. med.* 1899. No. 14—17.) Verfasser zeigt, gestützt auf drei Fälle, dafs die Psoriasis unter einem anderen klinischen Bilde verläuft, je nachdem es sich um Alkoholiker oder sonst gesunde Individuen handelt. Der Alkohol verursacht nämlich Veränderungen der Gefäfswandungen zumal in der Intima und dem Endothel und infolge dessen eine permanente Alteration des Gefäfssystems, welche dann unter dem Einflusse komplizierender Momente, wie z. B. die Psoriasis, noch vermehrt wird. Dieser Auffassungsweise entspricht auch der histologische Befund, worüber Verfasser ebenfalls genauere Auskunft giebt.

C. Müller-Genf.

Über das Verhältnis von Leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris, von Lissauer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 31.) Verfasser hat bei 50 Psoriatikern nach Leukoplakia oris gefahndet (unter einem Material, das sich meist aus männlichen Arbeitern zusammensetzte) und hat in zehn Fällen dieselbe angetroffen, zwei-

mal starke Leukoplakie, einmal leichte von Zunge und Wangenschleimhaut, viermal Leukoplakie der Mundwinkel, dreimal Epitheltrübung daselbst; diese sämtlichen Patienten waren zum Teil starke Raucher. Verfasser sieht die Leukoplakie nicht als akute Psoriasis an, sondern nimmt an, dafs die Psoriasis eine dyskrasische Störung des Organismus darstellt, die sich in einer Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der Schleimhaut gegen Reize äufsert, ebenso wie andere Dyskrasien dies thun. Der Reiz wird durch den Tabaksgenufs geschaffen. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung der Leukoplakia linguae, von Du Castel. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 6.) Die idiopatische Leukoplakia linguae wird im Gegensatz zur Syphilis der Zunge durch Hg und Jodkalium gar nicht oder höchstens ungünstig beeinflufst. Dagegen wirkt Verabreichung von Alkalien und Arsenik in manchen Fällen gut. Jegliche Reizung der Zunge mufs vermieden werden; daher ist das Rauchen, sowie der Genufs alkoholischer Getränke und scharfer, gewürzter Speisen strenge zu verbieten, desgleichen der Genufs des Zuckers, weil dieser in den Fissuren der Zunge liegen bleiben und irritierende Gährungen verursachen kann. Kariöse Zähne müssen plombiert, die Zähne überhaupt sorgfältig gepflegt werden. Die Mundhöhle ist durch wiederholte und gründliche Spülungen besonders nach den Mahlzeiten möglichst aseptisch zu erhalten; zu diesen Spülungen ist zu verwenden abgekochtes Wasser, Abkochungen von Eibisch oder 3‰ige Borsäurelösung, 2‰ige Natrium bicarbonicum-Lösung, oder endlich eine Lösung von Natrium salicylicum und Natrium bicarbonicum ā 1,0 in Aqua destillata 1000,0. Aufserdem kann man die Zunge mit Vaselin einfetten, dem eine geringe Menge von Perubalsam, Borsäure, Kalkwasser, Jodol oder Aristol beigefügt ist. Zum Bepinseln der Plaques dient stark mit Wasser verdünntes Glycerin oder Paraffinum liquidum; Zusatz von Zucker ist wegen der Gefahr der Gährung zu vermeiden. Manche Ärzte empfehlen, die Zunge vor den Mahlzeiten abzutrocknen und mit Perubalsam zu bestreichen, um die Reibung der Speisen auf der Zunge zu vermindern. — Diese Vorschriften gelten für alle Formen und Stadien der Leukoplakia linguae; glatte Plaques können auf diese Weise zum Verschwinden gebracht werden. Dagegen erfordern papillomatöse, sowie rissige, fissurierte Plaques ein aktiveres Eingreifen. Dieselben müssen mit reinem oder verdünntem Oleum cadinum oder 10—30%iger Acidum salicylicum-Lösung oder mit reinem Perubalsam, konzentrierter alkoholischer Resorcinlösung oder mit 2%iger Lösung von doppelchromsaurem Kalium bestrichen werden. Geschwüre werden mit Lapis mitigatus oder Chromsäurelösung touchiert oder mit einer Lösung von Papaiotin 0,05—1,0 in Glycerin und Wasser ā 15,0 bestrichen. Wenn diese Behandlung nicht rasche Besserung herbeiführt, so müssen die kranken Partien mit dem Galvanokauter zerstört oder mit Schere und Messer abgetragen werden. Das Auftreten heftiger Schmerzen, besonders in der Höhe der Tuba Eustachii, ist bezüglich der Umwandlung in ein Epitheliom stets ein prognostisch sehr ungünstiges Zeichen, und mufs daher immer einen radikalen Eingriff nahelegen; ein solcher kann nur dann wirkliche Heilung bringen, wenn er frühzeitig genug ausgeführt wird. *Götz-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Sachverzeichnis.

Achlorhydrie (Goodale) 497.
Achorion Schönleinii, Widerstandsfähigkeit desselben gegenüber den gewöhnlichen medikamentösen Agentien (Calderone) 21.
Acidum picronitricum 78.
Acne artificialis, Besondere Form von (Rille) 70.
— atrophica (Morrow) 480.
— urticata (Löwenbach) 219.
— vulgaris (Müller) 571.
Addisonsche Krankheit (Galloway) 485.
— — Behandlung derselben (Plicque) 335.
Adenoma sebaceum (Fox) 527.
Aethal (Cetylalkohol) in der Hautpflege (Grimm) 70.
Ainhum, Weiterer Beitrag zur Frage des (de Brun) 16.
Airol (Marcuse) 446.
Akanthosis nigricans (Buri) 200.
Akroangioma cutis haemorrhagicum oder Sarcoma cutis multiplex idiopathicum (Kracht) 174.
Akrodermatitiden (Jadassohn) 482.
Akromegalie (Hutchinson) 436.
Albuminurie bei Urticaria recidiva (Roth) 510.
Alopecia areata (Mosher) 178; (Raynor) 178.
— — Neues Agens zur Beseitigung der (Mac Gowan) 184.
— — Zwei Epidemien von A. a. in einem Mädchenasyl (Bowen) 539.
— — Endemisches Auftreten der (Ehrenhaft) 340.
— — und Seborrhoe (Phillips) 340.
— — capitis bei einem 10jähr. Kinde (Heuss) 340.
— pityrodes et seborrhoica, Chrysarobin bei (Hodara) 264.
Alopecia, syphilitische (Gaucher) 592.
— totale (Shillitoe) 426; (Eddowes) 483.
Amyloform und Jodoformogen, zwei Ersatzmittel des Jodoforms, Klinische Erfahrungen über (Heddaeus) 85.
Angioelephantiasis der rechten unteren Extremität (Lesser) 172; (Mac Gowan) 184.
Angioneurose der Gesichtshaut (Weber) 426.
Anheilung Krausescher Hautlappen, Histologische Untersuchungen über die (Braun) 325.
Antipyrin-Ausschlag bei einem Patienten mit Herpes zoster, Bullöser (Deas) 129.
Antipyrinexantheme (Wechselmann) 565.
Antisepsis bei Merkurinjektionen (Bloch) 592.
Antiskabin, Unerwünschte Nebenwirkungen von Ketels (Stössner) 134.
Apidae und Vespidae, Zur Kenntnis der Hautdrüsen derselben (Koschevnikov) 397.
Argentum colloidale 78.
Argonin „L" [lösliches Argonin] (Jellinek) 81.
Aristol, Anwendung bei Brandwunden (Roelig) 500.
Arnikadermatitis (Mouillot) 425.
Arsenikkeratosen (Mibelli) 136.
Arsenvergiftung (Harnack) 447.
Arteriitis syphilitica der beiden Arteriae fossae Sylvii und des Truncus basilaris (Bacaloglu) 234.
Arthritis blennorrhoica (Gaither) 349.
Atresia ani congenita (Dienst) 152.
— — urethralis etc. (Dienst) 152.
Atrophia idiopathica progressiva cutis (Róna) 340.
— — et Sclerodermia (Metscherski) 174.

Atropin, Ekzematöser Ausschlag nach (Bryce) 93.
Ätzschorfe (Cohn) 446.
Augensyphilis, Fall von schwerer (Fromaget) 237.
Aussatz in Palästina (Schmidtmann) 572.
Aussätzigenasyl „Jesus Hilfe“ (Schmidtmann) 572.
Ausschlag, Fall von recidivierendem, vesikulösen A. (Crocker) 486.
Azoospermie, Ursachen der (Simmonds) 41.

Bacterium coli, Antagonismus zwischen B. c. und den anderen Harnbakterien (Krogius und Wallgren) 440.
Badepruritus (Stelwagon) 288.
Bakterienformen im Blute der Syphilitiker (Levi) 442.
Bakteriurie 29.
Bakteriurie (Krogius) 269; (Rovsing) 269; (Lee) 441.
Bartholinische Drüsen, Miterkrankung derselben (Calmann) 387.
Bartholinitis, Bakteriologische und histologische Untersuchungen über die (Colombini) 70.
Basedowsche Krankheit, Symmetrische, ödematöse Schwellungen im Gefolge derselben 446.
Berichtigung und Ergänzung (Zarubin) 64.
Bindegewebe, Gelbes (Triepel) 76.
— und elastisches Gewebe, Gelbes (Triepel) 77.
— Holzharte Entzündung des (Krause) 446.
Blase, Resorptionskraft der; die Wege, auf welchen die Resorption zu stande kommt (Janni) 290.
— Über das Ausdrücken der (Rippeberger) 292.
— Diagnose und Behandlung der häufigsten Blasenaffektionen bei Weibern mit der Kellyschen Methode (Vineberg) 290.
— Die lokalen Erkrankungen der (Franke-Hochwart und Zuckerkandl) 27.
— Behandlung der tuberkulösen Erkrankung der (Moullin) 38.
— Fälle von Blutung mit starker Ausdehnung der B. bei Männern (Harrison) 289.
— Zufällige Verletzungen der B. im Verlaufe von Leistenbruchoperationen (Morisani) 289.
— Seltener Fall von Divertikel der (Wright und Coates) 292.
— Ödematöses Fibrom der (Crick) 269.
— Fremdkörper in der B. von Männern (zum Busch) 294.
— Gummischlauch in der (Kollmann) 326.
Blase, Ein Knopflochstecher in der B. eines 15jährigen Mädchens (Haut) 294.
— Entfernung von 14 Harnsäuresteinen aus der B. mit Hülfe eines improvisierten Colpeurynters (Browne und Deane) 294.
— und Ureteren bei einem 13 Monate alten Kinde, Hypertrophie der Nieren, Erweiterung der (Hemenway) 47.
Blasenatonie alter Leute, die sogen. Hypertrophie der Prostata und einige Formen von Atrophie dieses Organs, Anatomische Untersuchungen über (Ciechanowski) 297.
Blasenausschlag (Corlett) 516.
Blasenbildungen der Haut, Diagnose und Pathogenese akuter (Köhler) 280.
Blasendrainage nach hohem Blasenschnitt zur Verhütung der Harninfiltration, Neue Methode der (Kaczkowski) 292.
Blasenentzündung und Blasengeschwülste bei Arbeitern in Farbfabriken (Leichtenstern) 39.
Blasen- und Prostataerkrankungen, Einiges über Larginbehandlung bei (Schuftan und Aufrecht) 99.
Blasenirrigationen nach Janet, Zur Technik der (Spitzer) 270.
Blasenruptur, Diagnose und Behandlung der (Thorndike) 183.
Blasenschleimhaut, Oberflächlicher Einriſs derselben während einer Ausspülung der Urethra mit Kalium permanganicum (Sarraute) 328.
Blasenschnitt, Kombinierter perinealer und hoher (Munn) 226.
Blasenspalte, Radikaloperation derselben (Herczel) 574.
Blasenstein, Fall von (Buck) 39.
— Behandlung von (Freyer) 40.
— und Neurasthenie (Loumeau) 293.
Blasen- und Ureterstein (Leongard) 40.
Blasentuberkulose etc., Fall von (Mc Grath) 293.
— Therapie der [Sammelbericht] (Steindler) 293.
Blasentumoren (Barling) 39.
— diagnostiziert mittelst Cystoskops (Thomas) 39.
Blennorrhoe (Moehlau) 225; (Calmann) 381.
— Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über einen merkwürdigen Fall von allgemeiner blennorrhoischer Infektion (Colombini) 347.
— Lagerung der Gonokokken im Sekret (Lanz) 347.
— Färbung des Trippersekretes mit Anilinfarbengemischen (Lanz) 95.
— 1350 vor Chr. Geb. (Oefele) 260.
— Wichtigkeit der B. für das Individuum und die Rasse (Tommasoli) 346.
— Soziale Gefahr derselben (Neisser) 416.

Blennorrhoe und Ehe (Jullien) 134.
— Zur Austilgung der (Blokusewski) 9. 346.
— Prophylaxe der (Frank) 351.
— Akute (Youmans) 538.
— beim Manne, Pathologie und Behandlung der akuten (Taylor) 97.
— Exantheme bei (Buschke) 68. 126.
— Wirkung der Hyperpyrexie auf die (Aboutkoff) 99.
— des Rectums (Huber) 348.
— Spinale Manifestationen der (Kalindéro) 350.
— Tripperrheumatismus myelopathischer Genese [Jacquet] (Milian) 351.
— im Kindesalter (Cnopf) 94.
— beim Weibe, Symptome und Diagnose der (Baldwin) 96.
— (Calmann) 381; (Thomas) 346. 399.
— des Uterus (Calmann) 382.
— der Vagina (Calmann) 382.
— der Vulva (Calmann) 382.
— Behandlung (Crick) 99; (Wynkoop) 226; (Weiss) 351.
— mit Metallsalzen (Grünbaum) 352.
— Praktische Notizen zur Behandlung der Urethritis posterior (Ravogli) 352.
— Prostata- und Blasenerkrankungen (Goldberg) 127
— Einiges über Larginbehandlung bei (Schuftan und Aufrecht) 99.
— Erfahrungen über Protargol in der Therapie der (Berg) 352
Blennorrhoische Allgemeininfektion, Zwei Fälle [bl Arthritis und bl. Iritis] (Lichtenstern) 95.
— Arthritis (Gaither) 349.
Gelenkerkrankungen bei Säuglingen im Anschlufs an purulente Ophthalmie (Lucas) 349.
— Gelenks- und Nervenerkrankungen (Bloch) 125.
— Erkrankung paraurethraler Gänge, Isolierte (Reichmann) 221.
— Neuritis (Allard) 350.
Bordelle, Sind die B. zu unterdrücken oder nicht? (de Wyslouck) 479.
Borsäure und Borax, Dermatitis und andere durch dieselben hervorgerufene Giftwirkungen (Wild) 135.
Borsyl 70.
Bottinische Operation (Downes) 226.
— — Die Technik derselben (Meyer) 298.
Bromexanthem (Crocker) 427; (Elliot) 428.
Bullöser Antipyrin-Ausschlag bei einem Patienten mit Herpes zoster (Deas) 129.
Bullöses Fieber (Köhler) 280
Bubo, Venerischer B. und Buboneneiter (Adrian) 221. 495.
Canitz, Rencontre mit dem Naturheiligen (Echtermeyer) 300.
Carburen (Pini und Tramontani) 81.
Carcinome oder Sarkome, Sind die aus pigmentierten Mälern entstandenen Neoplasmen (Gilchrist) 517.
Carrion, La maladie de; Verruga peruvienne (Odrizola) 272.
Cearin 78.
Cetylalkohol 70.
Chlorakne (Herxheimer) 136.
Chrysarobin bei Pityriasis, Eccema siccum seborrhoicum, Pityriasis capitis, Alopecia pityrodes et seborrhoica (Hodara) 264.
Chrysarobin- und Pyrogallusderivate, Über den therapeutischen Wert der (Bottstein) 82.
Chylurie (Phillips) 344.
Circumcision nach Rebreyend (Loumeau) 32.
Collessches oder Wallacesches Gesetz (Shaw-Mackenzie) 232.
Colloid milium (Lustgarten) 525.
Conjunctivitis der Neugeborenen, Zur Prophylaxis der eitrigen (Péchin) 94.
Cornu cutaneum (Natanson) 487.
— — auf lupöser Basis (Róna) 122.
Cornea cutanea penis (Gerson) 424.
Corpora cavernosa, Chronische Entzündung und Induration der (Cochrane) 249.
— — Sarkom der (Battle) 254.
— — Verhärtung (Péré) 18.
Cutisgangrän, Artifizielle (Rieke) 326.
Cyanosis der Nägel (Pernet) 437.
Cystitis, Eintröpfelungen und ihr Wert bei Behandlung der (Warden) 290.
— emphysematosa, Pathologisch-anatomische Untersuchung eines Falles von (Kedrowsky) 38.
— Syphilitische (Griwnow) 540.
Cystinurie (Warburg) 50; (Moreigne) 441.
Cystoskopische Diagnose renaler Pyurien und Hämaturien, Experimentelle Untersuchungen über die Grenzen derselben (Rothschild) 14.
Cystoskops, Blasengeschwülste diagnostiziert mittelst (Thomas) 39.

Dactylitis syphilitica 172.
Dampfanwendung bei Hautkrankheiten (Lieberson) 79.
Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis bei einem zwölfjährigen Kinde (Nonne) 270.
Demodex Folliculorum (Fordyce) 530.
Dermatitis durch Arnika hervorgerufen (Mouillot) 425.

Dermatitis, Blastomycetische (Hyde, Hektoen und Bevan) 434.
— und andere durch Borsäure und Borax hervorgerufene Giftwirkungen (Wild) 135.
— durch Röntgenstrahlen (Lustgarten) 529.
— exfoliativa Ritter (Winternitz) 70.
— — neonatorum (Prissmann) 279.
— gangraenosa (Mackenzie) 486.
— — infantum 486.
— herpetiformis Duhring (Dr. X.) 435; (Plonski) 562.
— — mit fast vollständigem Fehlen der Finger- und Zehennägel (Sherwell) 575.
— pilaris capillitii (Dyer) 225.
Dermatologische Instrumente (Mac Donald) 225.
Dermatology, An Introduction to (Walker) 227.
Dermato-veneorologischer Unterricht in Italien (Tommasoli) 441.
Dermatose, Papulöse persistierende D. (Johnston) 523.
— Polymorphe exsudative; Einfluſs des Eka-Jodoforms auf dieselbe (Cipriani) 279.
Dermatosen, Beziehungen einiger D. zum Gesamtorganismus (Grosz) 444.
— Trophische D. nach Frakturen (Zeisler) 576.
Dermatomyositis, Fall von akuter (Neubauer) 285.
Dermoidcyste des Testikels (Manley) 432.
Desinfektionsversuche von mit Eiter aus venerischen Ulcera infizierten Wunden mittelst gewöhnlicher Seife (Giovannini) 283.
Diabetes mellitus und Prurigo (Metscherski) 487.
— die dermatologischen Komplikationen desselben und ihre Therapie (Lassar) 137.
— und Fettbildung aus Kohlehydraten (Plósz) 268.
— Behandlung der Gangrän bei (Gussenbauer) 337.
— Bakterienbefunde im Harne von Diabetikern (Marpmann) 344.
— mit Bronzefärbung der Haut; zugleich ein Beitrag zur Lehre der allgemeinen Hämochromatose und der Pankreasschrumpfung (Anschütz) 334.
Differentialfärbung der Mikroorganismen, Über eine neue Methode der D. der menschlichen und Vögeltuberkulose, Lepra und Smegma (Marzinowsky) 398.
Diphtherie der Urethra (Gregory) 289.
Diphtheriebacillus, seltenere Lokalisation desselben auf Haut und Schleimhaut (Müller) 285.
Diphtherie- und Pseudodiptheriebacillen, Differentialdiagnose zwischen denselben (Waelsch) 567.
Dysidrosis (Fox) 485.
Dyspermatie (Pousson) 19.
Dystrophie, Hereditäre ödematöse (Meige) 90.
— der Nägel (Allen) 429; (Morrow) 428. 525.

Eccema pruriginosum 323.
— psoriatiforme 324.
— keratoides mammae 324.
— Über die Ätiologie desselben (Sabouraud) 16.
— Zur Frage der parasitären Natur desselben (Leredde) 72.
— der linken Brustwarze (Smith) 424.
— digitorum und Mifsbildung der Fingernägel (Klotz) 528.
— der Lider (Trousseau) 598.
— der Nägel (Jackson) 429; (Hutchinson) 436.
— Behandlung des E. (Ellis) 598.
— Moderne Anschauungen über E. und ihr Einfluſs auf die Behandlung (van Harlingen) 276.
— Fortschritte in der Auffassung und Behandlung der Ekzeme (Jadassohn) 274.
— seborrhoicum Unna als Familienkrankheit (Bonne) 153.
— — Chrysarobin bei (Hodara) 264.
— Behandlung mit Höllenstein (Leredde) 276.
Ecchymosen in den Nägeln (Hutchinson) 436.
Ecthyma gangraenosum, Ätiologie desselben (Hitschelmann und Kreibich) 569.
Ehe und Blennorrhoe (Jullien) 134.
Eigelbemulsionen, Verwendung derselben zu Wischwässern (Unna) 412.
Eigone, Über die therapeutische Anwendung derselben (Chrzellitzer) 368.
Einreibungskur, Die Wandlungen der (Schuster) 83.
Eiweifs und Zucker im Urin, Historisches über die Entdeckung von (Schaefer) 190.
Ektopia testicularis inguinalis (Duplay) 294.
Ekzematöser Ausschlag nach Atropin (Bryce) 98.
Elasticität und elastisches Gewebe (His) 77.
Elastin und elastisches Bindegewebe (Honcamp) 501.
Elastische Fasern der Cutis, Kolloide Degeneration derselben (La Mensa) 272.

Elastisches Gewebe und gelbes Bindegewebe (Triepel) 77.
Elektrolyse, Wechselnder Widerstand bei der; Notwendigkeit des Gebrauchs eines Galvanometers (Hutchins) 183.
— bei Behandlung der Urethritis chronica glandularis (Mundorff) 33.
Elephantiasis scroti et penis 560.
— syphilitica (Pudor) 187.
— vulvae (Roberts) 345; (Renner) 345.
Elephantiastische und ulcerative Veränderungen des äußeren Genitales und Rectums bei Prostituierten (Bandler) 124.
Emol 78.
Enuresis (Windell) 188.
Epidermis, Histologische Bemerkungen über dieselbe (Sorrentino) 396.
Epidermolysis bullosa (Morris) 427.
Epididymitis (Simes) 187.
— Pathogenese der blennorrhoischen E. (Witte) 561.
— als Typhuskomplikation, Eitrige (Strassburger) 42.
Epithelioma des Gesichts (Allen) 528.
— der Lippe bei einem 18jähr. jungen Manne (Johnston) 330.
— des Penis (Rödmann) 249; (Hutchinson jr.) 249.
Epitheliomatose des Penis, Latente; Allgemeinerkrankung (Sarraute) 328.
Epitheliome der Bindehaut, Gutartige cystische [Epithelioma cysticum congenitum; Dermoepitheliom nach Parinaud] (Best) 332.
Erysipel und dessen Behandlung (Allen) 283.
Erythema exsudativum (Bronson) 526.
— — multiforme (Winfield) 174; (Heller) 424.
— — infolge von Tripper (Miroljubow) 497.
— gangraenosum (Fox) 427.
— induratum (Bronson) 432; (Jadassohn) 482.
— — (Thibierge und Ravaut) 223.
— — und nekrotisches Granuloma bei demselben Patienten (Johnston) 186.
— nodosum und Lues recens bei einem Individuum (Huber) 122.
— solare (Kaposi) 500.
— striatum (Mayer) 423.
— Recidivierendes desquamatives scarlatiniformes (Crocker) 129.
— Universelles circinäres makulöses E. (Fox) 485.
Erythème induré des scrofuleux Bazin mit mikroskopischen Befunden, welche auf den nicht tuberkulösen Charakter der Affektion hinweisen (Dade) 185.
Erytheme und Phlebiten, Leproše (Philippson) 442.
Erythrodermie, Fall von polymorpher (Dacco) 271.
Erythromelalgie (Carslaw) 139. 542.
— mit mikroskopischen Untersuchungen des Gewebes von einer amputierten Zehe (Mitchell und Spiller) 139.
— und Hautatrophie (Schütz) 267.
Exanthem, Über Auftreten von universellem E. nach lokaler Anwendung von Jodvasogen (Lipman-Wulf) 385.
Exantheme bei Blennorrhoe (Buschke) 68. 126.

Facialislähmung infolge von Herpes zoster (Klippel und Aynaud) 54.
Favus (Mayer) 423; (Jadassohn) 485.
— Beiträge zur Lehre von (Bukovsky) 15.
Febris bullosa (Köhler) 280.
Fettbildung und Diabetes (Plósz) 268.
Fettgeschwülste, Seltene Lokalisation (Pcysovac) 332.
Fibrom der Blase, Ödematöses (Crick) 269.
Fibroma molluscum (Petersen) 332; (Whitehouse) 529.
Fingernägel, Mifsbildung der F. und Eccema digitorum (Klotz) 528.
Fluormedikamente, Organische (Fischer und Beddies) 82.
Fluoroform gegen Tuberkulose (Stepp) 551.
Folliculitis, Nekrotisierende F. der Kopfhaut (Morris) 427.
— Fall von pustulöser F. der Kopfhaut (Pringle) 427.
Framboesia syphilitica (Kiessling) 234.
Frischsche Bacillen, Über das nicht seltene Vorkommen in der Nasenschleimhaut des Menschen und der Tiere (de Simoni) 398.
Furunkel und Karbunkel, Natron salicyl. bei (Kroimoff) 286.
Furunkulose, ihre Ätiologie und Behandlung (Stoner) 285.
— Bierhefe bei (Brocq) 286.

Gährungssaccharometer, Ein neues (Lohnstein) 49.
Gangraena cutis (Riecke) 338.
— — des Penis und des Scrotums, Spontane akute; Plastischer Ersatz der ganzen Penishaut (Sorgo) 33.
Spontangangrän im Kindesalter (Zuppinger) 338.
— bei einem Kinde auf Grund einer Gefäfserkrankung (Goebel) 338.
— bei Diabetes, Behandlung der (Gussenbauer) 337.

Gehirndruck, Einfluſs des Jods auf den (v. Zeissl) 84.
Gehirn- und Rückenmarkssyphilis (Sachs) 585.
Geschichte der Medizin, Die neuere (von Boltenstern) 75.
Geschlechtskrankheiten, Weiterverbreitung derselben durch die Männer (Hallopeau) 532.
Geschlechtsorgane, Beitrag zur Pathologie der männlichen (Henkel) 270.
Geschlechtsverkehr, Zum konträren G. in Altägypten (Oefele) 409.
Geschwürsbildung auf einer Seite der Nase (Sherwell) 177.
Glans penis, Kongenitale Abwesenheit der (Atkinson) 32.
Gleitmittel zur Einführung urologischer Instrumente (Schagintweit) 541.
Glühnadel aus Platin-Iridium, Galvanokaustische (Blosbaum) 52.
Glutol (Formalingelatine) 74.
Gonococcus, Der (Mitchell) 96.
— Beiträge zur Biologie des (Scholtz) 219.
Gonokokken im Trippersekret, Lagerung der (Lanz) 347.
— Fälle von ungewöhnlicher Lage der G. (Swinburne) 576.
Gonorrhoe bei einem zwölfjährigen Knaben (Roth) 512.
Granuloma am Gesicht und den Extremitäten (Schepherd) 519.
Gürtelrose, Fünf Fälle von (Pudor) 187.
Gumma, Über ein primäres isoliertes G. einer Mandel (Audry und Iversing) 578.
— der Leber (Spencer) 584.
— des Testikels (Manley) 432.
— der Zunge (Symonds) 334; (Gottheil) 234.
Gummata der Hohlhand (Palmgrên) 15.
— und Sclerosis redux (Anthony) 225.
Gummenbildung im Larynx (Cordea) 582,
Gummöse Periostitis und Ostitis nebst Bericht über einen Fall von Perforation der Schädelhöhle (Gottheil) 237.

Haare, Plötzliches Ergrauen der (Schmidt) 336.
— Ernährungsstörung der H. (Fox) 527.
Haarfärbemittel (Labbé) 100; (Broers) 401.
Haarschwund, Ursache und Behandlung desselben (Jessner) 26.
Hämatodermitis toxischer Natur (Leredde) 136.
Hämatoporphyrinurie (Hotchkiss) 50.
Hämaturien und Pyurien, Cystoskopische Diagnose renaler (Rothschild) 14.
Hämorrhagie infolge phagedänischen Schankers der Eichel, unter dem Bilde einer Urethralblutung verlaufend (Boisson) 282.
Hämorrhoiden, ihre Ursache und Behandlung (Jones) 336.
— Behandlung mit Injektion von Karbolglycerin (Durlacher) 336.
— Behandlung mit Zymoidin-Rosenberg (Freudenberg) 336.
Halsdrüsen, Tuberkulöse (Bronson) 526.
Harn, Historisches über die Entdeckung von Eiweifs und Zucker (Schaefer) 190.
— Quantitative Bestimmung der reduzierenden Substanzen im H. nach Zdenek Peska (Gregor) 14.
— Eine neuere volumetrische Methode zur Schätzung der Harnsäure im (Tunicliffe und Rosenheim) 50.
— von Diabetikern, Bakterienbefunde im (Marpmann) 344.
— quantitativ zu bestimmen, Quecksilber im (Schumacher II und Jung) 83; (Wyschemirsky) 84.
— Milben im (Marpmann) 344.
Harnbakterien, Antagonismus zwischen Bacterium coli und den anderen (Krogius und Wallgren) 440.
Harnblasenspülungen (Calmann) 382.
Harninfiltration, Neue Methode der Blasendrainage nach hohem Blasenschnitt zur Verhütung der (Kaczkonski) 292.
Harnleiteranastamose (Reynier und Paulesco) 343.
Harnröhre, s. Urethra.
Harnröhreneingang, Sklerotische Verengerung desselben (Swinburne) 185.
Harnröhren- und Blasenirrigationen nach Janet, Zur Technik der (Spitzer) 270.
Harnröhrenstein bei einem sechsjährigen Kinde (Reboul) 35.
Harnröhrensteine, Bedeutung des Harnröhrenspiegels für die Diagnose der in Taschen der Pars posterior urethrae sitzenden (Baumgarten) 34
Harnsäure im Urin, Eine neue volumetrische Methode zur Schätzung der (Tunicliffe und Rosenheim) 50.
Harnsäuresteinen, Entfernung von 14 H. aus der Blase mit Hülfe eines improvisierten Colpeurynters (Browne und Deane) 294.
Harnsaure Diathese (Kölbel) 345.
— — Neue Methode zur Behandlung derselben (Weiss) 345.
Harnuntersuchung, Zur (Alpers) 49.
Harnverhaltung bei Hypertrophia prostatae, Behandlung der (Christian) 226.
Harnwege: Ätiologie, Symptome und Behandlung der septischen Infektion der H. (Rovsing) 247.

Harnwege, Spülbehandlung der unteren (Schwerin) 31.
Haut, Diagnose und Pathogenese akuter Blasenbildungen der (Köhler) 280.
— Diabetes mit Bronzefärbung der (Anschütz) 334.
— und Schleimhaut, Seltene Lokalisation des Diphtheriebacillus auf (Müller) 285.
— des Penis und des Scrotums, Spontane akute Gangrän der (Sorgo) 33.
Hautaffektion, Ulcerierende (Little) 426.
Hautaffektionen, Hysterische (Rasch) 533.
Hautangiom, Multiples (Ullmann) 334.
Hautatrophie, Erythromelalgie und (Schütz) 267.
— Idiopathische (Holder) 428.
— Lineare (Fox) 526.
— Symmetrische (Fordyce) 527.
Hautausschläge, Abnorme H. bei typhösen Fiebern (De Casta) 450.
— Drei gleichzeitig nebeneinander bestehende (Mills) 140.
— im Verlaufe von Nephritis (Scott) 435.
Hauterkrankung, Polymorphe (Bronson) 526.
Hautfärbung, Abnorme (Roche) 17.
Hautgewächse, Multiple, als Folge der Einwirkung der Sonnenstrahlen (Sheild) 331.
Hautgummen, Diagnostik derselben 570.
Hautkrankheiten, Allgemeine Therapie derselben (Unna) 392.
— Betrachtung von 5000 im Laufe des Jahres behandelten H. (Allen) 522.
— Einfluſs des Individuums auf den Charakter und die Entwickelung von (Crocker) 425.
— Konstitutionelle Behandlung von (Wild) 380.
— Dampfanwendung bei (Lieberson) 79.
— Verwendung der Röntgenstrahlen in der Behandlung von (Schiff) 381.
Hautlappen, Histologische Untersuchungen über die Anheilung Krausescher (Braun) 325.
Hautödem, Zur mechanischen Behandlung desselben (subcutane Schlauchdrainage) (Fürbringer) 90.
Hautödeme bei experimenteller hydrämischer Plethora, Über die Entstehung der (Magnus) 90.
Hautpflege, Aethal (Cetylalkohol) in der (Grimm) 70.
Hautsinnesnerven, Physiologie der (Goldscheider) 73.
Hauttransplantation in Fällen von hochgradigen traumatischen Defekten an Scrotum und Penis (Senn) 33.
— Heilung eines groſsen Defekts des rechten Oberarms durch (von Stubenrauch) 400.
— nach Ollier-Thiersch bei Hypospadie (Tuffier) 18.
Hauttuberkulose (Martin) 189.
— Sekundäre (Kennedy) 226.
Hemiatrophia facialis, Doppelseitige (Sherwell) 526.
Herpes gestationis (Plonski) 562.
— ophthalmicus mit Keratitis und Hypopyon (Flemming) 140.
— tonsurans s. Trichophytie.
— zoster s. Zoster.
Hidrotica und Antihidrotica, Einwirkung derselben auf den Leukocytengehalt des Blutes (Bohland) 445.
Hodensarkome (Kayser) 271.
Hodentumoren, Seltene (Mühsam) 295.
— und ihre Metastasen, Maligne (Most) 295.
Holzessigfarben (Burchardt) 397.
Hyaline Degeneration (Cherny) 446.
Hydroa vacciniformis (White) 515.
Hydrocele, Neue Methode der Radikaloperation der (Winkelmann) 43.
— Radikalbehandlung durch perineale Excision des gröſseren Teils des Sackes (Milton) 296.
Hydrocephalie, Beziehungen der H. zur Tuberkulose und Syphilis 444.
Hydronephrose, Kongenitale (Delore) 483.
Hydrothionurie 29.
Hygrol (Hydrargyrum colloidale) 78.
Hyla viridis, Über einige blutführende Gefäſse der Haut bei (Ficalbi) 397.
Hyperidrosis spinalis superior (Kaposi) 494.
Hypertrophie der Nieren, Erweiterung der Blase und der Harnleiter bei einem 13 Monate alten Kinde (Hemenway) 47.
Hypospadie der Eichel: Neue Operation nach Bardenheuer (Breuer) 32.
— Behandlung der H. mit Durchstechung des Penis und Hauttransplantationen nach Ollier-Thiersch (Tuffier) 18.
— perinealis, Fall von geheilter (Waitz) 249.
— Zur Operation der (Beck) 249.

Ichthyol 78.
Ichthyosis (Peukert) 71.
— Lineare unilaterale (Phillips) 288.
— nigricans (Ohmann-Dumesnil) 224.
— Fall von universellem Xeroderma oder (Klotz) 528.
Impetigo contagiosa, Ätiologie derselben (Kaufmann) 493.
— herpetiformis (Plonski) 562.
— Ekthyma und sog. Pemphigus contagiosus (Corlett) 281.
— und Petechien, Ursprung der Wörter (Timmermanns) 17.
Impferuptionen (Casteret) 499.
Impfung s. Vaccination.
Impotenz, Mechanische Behandlung der männlichen (Scheinkmann) 43.
Infantilismus (Sakressa) 487.

Infektion der Urethra und Prostata (Noguès und Wassermann) 439.
Infiltration oder Akanthose? (Unna) 114.
Initialsklerose, Extragenitale (Galloway) 537.
— Doppelte extragenitale (Morrow) 430.
— der Brustwarze (Allen) 431.
— der Lippe (Pearce) 539.
— der Unterlippe (Galloway) 537.
— der Haut des Rückens (Galloway) 537.
— der Haut der Wange (Galloway) 537.
Instrumente, Dermatologische (Mac Donald) 225.
Inunktionskur und Badekuren (Schuster) 83.
Jodeiweifsverbindungen (Chrzelitzer) 368.
Jod- und Bromexanthem (Malherbe) 499.
Jodexanthem an der Haut und an der Schleimhaut des Magens, Eigentümliche Form von (Neumann) 123.
Jodipin 78.
— in subcutaner Anwendung bei tertiärer Syphilis (Klingmüller) 592.
Jodoformogen (Mahler) 85, (Heddaeus) 85.
— und Amyloform, Klinische Erfahrungen über (Heddaeus) 85.
Jodvasogen, Universelles Exanthem nach lokaler Anwendung von (Lipman-Wulf) 385.
Iritis und Neuritis optici blennorrhoica (Fromaget) 95.

Kakodylsäure in der Behandlung von Hautkrankheiten, namentlich der Psoriasis vulgaris (Gyselman) 86.
Kampfer-Jod-Guajacol bei einigen Hautkrankheiten (Dacco) 85.
Kankroide (Plonski) 563.
— Riesenzellenbildung in solchen (Becher) 390.
Kanthariden als Hämostypticum bei Hämaturie und ihr Gebrauch bei Albuminurie (Beven) 344.
Karbolsäurevergiftung, Äufserliche, behandelt mit Natrium sulfuricum-Lösung (Weiss) 135.
Karbunkel im Gesicht (Beveridge) 286.
— und Furunkel (Baerens) 189.
— Natrium salicylicum bei (Kroimoff) 286.
Karyokinese, Desintegration und Reintegration des Kernkörperchens bei der (Czermak) 76.
Kastrierte: Sind total K. fortpflanzungsfähig? (Sturgis) 40.
Kasuistische Mitteilungen aus der dermatovenerologischen Praxis (Prissmann) 152.
Katheter, Neuer Apparat zur Sterilisation elastischer (Ruprecht) 247.
Katheterdesinfektion (Huldschiner) 247.
Katheterisation der Ureteren beim Manne bei elektrischem Licht, Klinische Bemerkungen über (Fenwick) 47.
Kathetertaschenetui (Noguès) 133.
Keloid (Crocker) 425, (Joseph) 423.
— Zur Pathogenese desselben (Wilms) 333.
— nach dem Gebrauche von Kollodium aufgetreten (Audry) 577.
— mit Kreosotöleinspritzungen behandelt (Péré) 828.
Kellysche Methode, Behandlung der häufigsten Blasenaffektionen bei Weibern mit der (Vineberg) 290.
Keratosen, Arsenik- (Mibelli) 136.
Keratosis, Doppelseitige (Sherwell) 527.
— follicularis (Elliot) 527, (Mackenzie) 486.
— Multiple K. palmarum et plantarum (Piffard) 528.
Kil, eine mineralische Seifenmasse 86.
Kinderekzeme, Behandlung der (Allen) 277.
Klinik von Modena, Dermosyphilopathische. Bericht über 1896—98 (Casarini) 21.
Knäueldrüsenkörnchen (Tuchlenoth) 489.
Knotenbildungen bei Melkerinnen (Winternitz) 489.
Kolloidale Metalle, Über die therapeutische Verwendung derselben (Schlossmann) 82.
Konzeption, Stellung der Ärzte zur Verhinderung derselben (Boing) 400.
Kopfkissen in der Dermatologie (Unna) 471.
„Koplikscher Frühsymptom" der Masern (Weiss) 543.
Krebsparasit, Der (Russell) 329.

Lähmung der oberen Körperhälfte während des zweiten Stadiums der Syphilis (Bayet) 439.
Largin 78; (Kornfeld) 86; (Schuftan und Aufrecht) 99.
Lebersyphilis (Pearce) 539.
Lepra (Fox) 525; (Lustgarten) 528; (Locht) 546; (Jourdanet) 547.
— anaesthetica (Wienfield) 178; (Jadassohn) 198; (Jackson) 528.
— — Neue Methode der Differentialfärbung der Mikroorganismen der menschlichen und Vögeltuberkulose, des Smegma und der (Marzinowsky) 398.
— Der Hansensche Bacillus und die durch ihn hervorgerufenen Gewebsläsionen (Jeanselme) 197.
— Über die Kultur der bei Lepra gefundenen Diphtheriden (Babes) 197.
— Verschiedene Bezeichnungen derselben (Timmermans) 438.
— Hereditäts- und Kontagiositätsfrage der L. (Loewald) 546.
— Die Latenzzeit bei der (Abraham) 195.

Lepra, Der nasale Ursprung der (Goldschmid) 198.
— Zur Geschichte der (Gémy) 71. 192.
— Historische Studien über L., besonders mit Rücksicht auf ihr Vorkommen in Niederländisch-Ostindien (Broes van Dort) 23.
— Dänische St. Jörgenshöfe im Mittelalter (Ehlers) 195.
— in Dänisch-Westindien (Ehlers) 195.
— Ein wertvolles Dokument (L. in Costa Rica) 192.
— auf den Hawaii-Inseln (Carmichael) 192.
— auf den Marschall-Inseln (Bartels) 194.
— in Marseille (Perrin) 547.
— in Minnesota (Braeken) 194.
— in Neu-Süd-Wales (Thompson) 195.
— Überblick über die Ursachen des Abnehmens der L. in Norwegen (Hansen) 193.
— in Sizilien (Callari) 443.
— Das L.-Asyl zu Jerusalem (Pickardt) 193.
— Eine niederdeutsche Aufzeichnung über die Kennzeichen der (Beinecke) 191.
— tuberosa, Über einen Fall von L. ohne Befund von Leprabacillen (Brutzer) 884.
— Impfung und L. (Abrakam) 196.
— Die Veränderungen am Auge bei der (Jeanselme und Morax) 198.
— Über die Wirkungen der Bakterienproteine und der Deuteroalbumose bei (Soonetz) 199.
— Untersuchung der Organe eines Kindes lepröser Eltern auf L.-Bacillen (Woit) 198.
— unheilbar (Ashmead) 199.
— der Lunge (Babes und Moscuna) 547.
— Über die Läsionen der Hinterstränge des Rückenmarkt bei L.-Kranken (Jeanselme und Marie) 198.
— und Syphilis, Gleichzeitiges Vorkommen (Messarosch) 548.
Leprabacillus, Kultur desselben (Teick) 548.
Leprafieber (Lewers) 536.
Lepride, Makulo-anästhetische L. des Handtellers (Montgomery) 575.
Lepröse Erytheme und Phlebiten (Philippson) 442.
Leprösen Hautinfiltraten, Riesenzellen in (Brutzer) 884.
Leproserien in den Vereinigten Staaten (Bracken) 193.
Leukämie, Lymphatische und Pseudoleukämie (Pinkus) 566. 567.
Leukoderma (Eddowes) 483; (Walters) 484.
— der Kopfhaut (Eddowes) 484.
Leukodermaflecke, Rapide Zunahme der (Morton) 176.
Leukoplakia linguae (Du Castel) 600.
— oris und Psoriasis vulgaris (Lissauer) 599.
Leukorrhoe, Argentaminbehandlung der (Cipriani) 269.
Lichen annularis: Ringförmiger Ausschlag der Extremitäten (Galloway) 130.
— atrophicus und Vitiligo (Oerbäk) 336.
— pilaris 485.
— planus (Wilson) 324.
— — (Eddowes) 424; (Jadassohn) 482.
— — Einseitiger (Morrow) 525.
— — hypertrophicus (Fordyce) 524.
— — universalis (Fordyce) 524.
— ruber verrucosus (Berger) 171; (Joseph) 424.
— scrophulosorum (Bruckmayer) 122; (Gilchrist) 523.
— spinulosus (Galloway) 484.
— syphiliticus (Pincus) 423.
Lichtinstitut, Mitteilungen von dem Finsenschen (Finsen) 75.
Lichttherapie bei venerischen Krankheiten (Below und Kattenbacher) 449.
Lippen- und Mundschleimhaut, in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen bestehende Veränderung derselben (Audry) 101; (Delbanco) 104.
Lippenschleimhaut, Anomalie der (Audry) 328.
Lippspringer Arminiusquelle, Wirkungen derselben auf Hauterkrankungen, spez. Lupus exulcerans (Rohden) 267.
Litholapaxie, Über einige Hülfsmittel bei der (Loewenhardt) 325.
Lithotripsie, Technik der (Guyon) 131. 182.
— (Duchastelet) 449.
— bei einem 82jährigen Greise (Banzet) 441.
— Einführung der zur L. notwendigen Instrumente (Duchastelet) 440.
Lupöser Basis, Cornu cutaneum auf (Róna) 122.
Lupus (Plonski) 562.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— der Mundrachenschleimhaut, Epitheliom auf dem Boden desselben (Audry und Iversing) 578.
— der Nase (Holländer) 549.
— und Epitheliom des Gesichts; Tuberculosis verrucosa des Gesichts; recidivierendes Erysipel und Elephantiasis der rechten Unterextremität (Sarraute) 329.
— Langdauernder (Morrow) 526.
— lymphaticus des Augapfels (Walsh und Stephenson) 550.
— vulgaris (Eddowes) 484.
— — disseminatus, Radikalbehandlung zweier Fälle mittelst Guajakolpinselungen (Funk) 216.
— — Neuere Methode der Behandlung des (Macleod) 533.
— — Behandlung mit Kalomel (Tschlenow) 549.
— — durch innere Medikation, Eine neue (Philippson) 266.

Lupus vulgaris mit Röntgenstrahlen (Holland) 229. 551; (Hall-Edwards) 380.
— — mit Thyreoidkolloid (Gould) 230.
— Tuberkulinwirkung bei (Doutrelepont) 550.
— pernio (Ledermann) 423; (Pringle) 427.
Lycetol bei der harnsauren Diathese (Hoven) 51.
Lymphangioma circumscriptum der Haut (Pawlof) 53; (Corlett) 519.
— manus multiplex (Wegner) (Preindlsberger) 334.
Lymphangitis blennorrhoica dorsalis penis (Jadassohn) 348.
— Histologische Untersuchung der syphilitischen L. (Audry) 577
Lymphe, Zur Lehre von den Staphylokokken der (Vanselow und Czaplewski) 546.
Lymphebläser (Voigt) 546.
Lymphodermia perniciosa 484.

Masern s. Morbilli.
Melanosarkom der Clitoris (Marshall) 51.
— Multiples, mit allgemeiner Melanose (Hensen und Nölke) 331.
Melanosis cutis (Lustgarten) 528.
— lenticularis congenita (Popper) 335.
Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten (Chotzen) 300.
Méralgie paresthésique (Lop) 52.
Mercks Bericht über das Jahr 1898 78.
Methylenblauprobe, Der prognostische Wert der (Bazy) 182.
Mikrobien, Verteidigung der Haut gegen die (Sabouraud) 530.
Mikroheifsluftkauter, Der elektrische (Hollaender) 71.
Milzbrand des Menschen, Äufserer (Justi) 271.
— Heilung eines Falles mit dem Serum von Sclavo (Abba) 287.
Mischinfektion von Syphilis und Tuberkulose (Morrow) 431.
Molluscum contagiosum, Ungewöhnliche Lokalisation desselben (Sprecher) 533.
— — Über die Natur des (Audry) 327.
— fibrosum kompliziert mit Neurom (Cawardine) 382.
Morbilli, Komplikationen bei (Ganz) 543.
— Koplikscher Frühsymptom der (Weiss) 543.
— kompliziert durch Ohrenkrankheiten (Heymann) 543.
— Nachschübe bei (Vergely) 145.
— Prophylaxe und Therapie der Bronchopneumonie bei (Plique) 145.
— Recidivierende (Kain) 543.
— bei einem Säugling (Gerald) 144.
— Beiträge zur Pathologie der (Steffens) 143; (Förster) 143.
Morbilli, Bemerkungen über M., Scharlach und Pocken; zur Immunitätsfrage (Gerhardt) 142.
— in der Schwangerschaft (Salus) 144.
— und Scharlach gleichzeitig auftretend (Johnston) 544.
— Sepsis bei (Folger) 144.
— Wert der Koplikflecke für die Frühdiagnose der (Libman) 143.
Morbus maculosus Werlhofii (Goldenberg) 498.
Morococcus, Meine bisherigen Befunde über den (Unna) 106.
Morphoea (Allen) 429.
— und Vitiligo (Fox) 529.
Moulagen (Pospelow) 174.
Muskel- und elastisches Gewebe bei den Wirbeltieren, Beziehungen zwischen beiden (Smirnow) 77.
Mykosis fungoides (Wolters) 24.
— — Beitrag zum Studium des sog. prämykotischen Stadiums der (Hyde und Montgomery) 184. 518; (Morrow) 525.
— — „d'Emblée", Sarkom unter dem Bilde der (Minne) 551.
Myxödem bei einem Kinde (Abrahams) 341.
— Akute Erkrankungen der Haut und der Schleimhaut des Mundes im Anfangsstadium desselben (Kirk) 341.
— Infantiles, behandelt mit Thyreoidea (Schiele) 342.
— Behandlung mit Thyroglandin (Mac Lennan) 342.

Nägel, Cyanosis der (Pernet) 437.
— Dystrophie der (Allen) 429; (Morrow) 428.
— Ecchymosen in den (Hutchinson) 436.
— Psoriasis der (Fox) 429; (Hutchinson) 436.
— Ringworm der (Whitfield) 427.
Naevi, Über die aus weichen N. entstandenen bösartigen Geschwülste (Waelsch) 492.
Naevus, Behandlung von N. durch Elektrolyse (Fox) 525.
— angiectodes circumscriptus universalis (Pollitzer) 525.
— linearis (Corlett) 519; (Morrow) 526.
— pigmentosus verrucosus unius lateris (Gerson) 170; (Plonski) 171.
— sebaceus, Zur Histologie des (Bandler) 222.
— verrucosus linearis (Buri) 1. 200.
Naftalan bei Brandwunden und anderen Hautaffektionen (Bloch) 87.
— Zur Wirkung des (Vehmeier) 87.
— und seine Verwendbarkeit bei Hautkrankheiten (Fricke) 87.

Naftalan, Versuche mit (Merlin) 88.
— Anwendung desselben (Rohleder) 447.
— in der Therapie (Gruenfeld) 448.
— Wirkung desselben 447.
Nagelerkrankungen (Hutchinson) 436.
Nase, lokale Kongestion derselben (Abraham) 424.
Nasenlupus (Holländer) 173. 230. 549.
Natronsuperoxydseife (Unna) 167.
Neoplasmen, Sind die aus pigmentierten Mälern entstehenden N. Carcinome oder Sarkome (Gilchrist) 517.
Nephrektomierte, Beobachtungen bei einer vor 14 Jahren N. (Lipman-Wulf) 433.
Nephritis, Hauteruptionen im Verlaute von (Scott) 435; (Gaucher und Bernard) 542.
Neuralgia spermatica; Resektion des N. lumboinguinalis und N. spermaticus externus (Donath und Hültl) 350.
Neurasthenie und Blasenstein (Loumeau) 293.
Neuritis, Blennorrhoische (Allard) 350.
Nicotinum salicylicum 79.
Niere und Ureter, Mifsbildung derselben (Whiteford) 342; (Hemenway) 47.
Nieren: Studien über die Durchgängigkeit der N. mittelst Injektion von Methylenblau bei den chirurgischen Affektionen der N. (Albarran und Bernard) 18. 131.
Nierenstein durch Röntgenstrahlen entdeckt und erfolgreich entfernt (Taylor und Frip) 49.
Nierensteine (Woodruff) 190.
— Untersuchungsmethoden zur Diagnose derselben (Albarran) 439.
Noma bei einem dysenterischen Erwachsenen (Le Count) 284.
— des Ohres (Smith) 284.

Oedema perstans faciei (Lesser) 171.
— Postlupöses (Jadassohn) 91.
— der Bauchdecken, Lebercirrhose mit elephantiasisähnlichem (Allen) 498.
Offentliche Häuser, Soll man dieselben beibehalten oder unterdrücken (Wolff, Le Pileur, Hoeffel) 419.
Ohrenkrankheiten im Verlaufe der Masern (Heymann) 543.
Onychia (Whitehouse) 429.
— maligna infolge Verätzung mit Weinsteinsäure (Blindreich) 138.
Onygena equina (Pernet) 486.
Organotherapie: Herabsetzung der Nerventhätigkeit bei Psoriasis, Krebs, Lepra und der Einfluls, den die O. darauf hervorbringt (Bouffé) 22.
Orientbeule (Loewenhardt) 287.
Orthoform-Exanthem (Schröppe) 93.
Ossifikation, Präparat von partieller O. der Corpora cavernosa (Chetwood) 432.
Osteomyelitis syphilitica antibrachii (Iljisch) 387.
Osteosklerosis des Stirnbeins, Histologische Mitteilung über einen Fall von (Colombini) 404.

Pagetsche Krankheit (Sherwell) 526.
— — von 13jähriger Dauer ohne carcinomatöse Degeneration der Brustdrüse (Oberson) 278; (Masland und Babcock) 331.
Papillome am After (Middleson) 226.
— der Blase 578.
Papulöse, persistirende Dermatose (Johnston) 523.
Paracelsus, Privatkrankenhaus in Zürich (Kaelin-Benziger) 273.
Paraplaste (Heuss) 65.
Paraurethralen Gänge, Isolierte blennorrhoische Erkrankung der (Reichmann) 221.
Pediculi vestimentorum, Ursache des Wiederauftretens derselben nach scheinbar gründlicher Behandlung (Jamieson) 129.
Pellagra (Scheiber) 451.
— mit transitorischer Manie (Hajnal) 452.
— Beitrag zur Behandlung der (Galli) 90.
Pemphigus, Fall von akutem (Hadley und Bulloch) 280.
— Interessanter Fall von (Roach) 280.
— der Mundschleimhäute (Crocker) 486.
— neonatorum (Luithlen) 280.
— foliaceus Cazenave (Leredde) 326; (Luithlen) 384.
— vegetans (Mayr) 285; (Luithlen) 249.
— — Bakterienbefund bei (Waelsch) 567.
Pemphigusfrage (Luithlen) 383.
Penis, Epitheliom des (Rodmann) 249; (Hutchinson jr.) 249.
— Hauttransplantation in Fällen von hochgradigen Defekten am Scrotum und (Senn) 33.
Peniscarcinom, Zur Verbreitung und Prognose desselben (Küttner) 325.
Peptonpaste 74.
Perichondritis des Helix und Antihelix beider Ohren (Perry) 426.
Perifolliculitis suppurativa und framboesiforme Gebilde im Anschlufs an Ekzem (Huber) 117. 220.
Periostitis syphilitica (Ledermann) 423.
Perniosis 323.
Perspiratio insensibilis; Zur Geschichte und Lehre von der P. i. bis auf Bryan Robinson (Heinrich) 77.
Pharmazeutische Notizen (Skinner) 130.

Phimosis kleiner Knaben, Methodische unblutige Erweiterung der (Schilling) 248.
Phlegmone, Durch Gonokokken verursachter Fall (Almkvist) 488.
— des Halses (Feige) 284.
Phlyktänose, Recidivierende Phl. der äufseren und vorderen Fläche des Daumens (Audry) 577.
Pigmentausschlag (Pringle) 428.
Pigmentsarkom der Haut, Multiples (Travali) 331.
Pityriasis (Schwimmer) 595.
— capitis, Chrysarobin bei (Hodara) 264.
— rosea 596.
— Zur Histologie der (Blaschko) 173.
— rubra 597.
— — pilaris 597.
— — (Bronson) 431; Ravogli) 278; (Walsh) 484; (Jackson) 526; (Pollitzer) 525; (Fox) 527.
— simplex 596.
— versicolor 598.
Plethora, Über die Entstehung der Hautödeme bei experimenteller hydrämischer (Magnus) 90.
Plica polonica (v. Düring) 400.
Pneumaturie 29.
Pocken s. Variola.
Pollutiones nocturnae und Ejaculatio praecox, Zur Behandlung der (Popper) 42.
Priapismus epilepticus (Féré) 250.
Primula obconia, Fall von recidivierender Vergiftung durch (Leighton) 134.
— — Wirkung derselben auf die Haut (Barton) 499; (Kirk) 499.
Primeldermatitis, Chronische (Heuss) 8.
Prophylaxis der venerischen Krankheiten, Entwurf eines neuen Reglements (Tommasoli) 443.
Prostata, Innervation der; spez. ihre Sekretionsnerven (Bormann und Mislavsky) 297.
— Histologische Untersuchungen über die Atrophie der P. nach Kastration, Vasektomie und nach Injektion von sklerosierenden Substanzen in den Nebenhoden (Athanasow) 297.
— Elektrolyse per rectum der hypertrophierten (Debedat) 300.
— Behandlung der nichtchirurgischen Entzündungs- und Erschlaffungszustände der (Scharff) 433.
— und Blennorrhoe (Goldberg) 127.
— und Urethra, Infektion der (Noguès und Wassermann) 439.
Prostatacarcinom, Zwei Fälle von primärem (Bangs) 224.
Prostatahypertrophie, Behandlung der (Kraske) 44; (v. Frisch) 46; (Rydygier) 47.
— Bottinis Operation gegen (Downes) 45; (Lohnstein) 45; (Meyer) 298.
Prostatahypertrophie, Radikalbehandlung der P. durch Elektroincision (Lewis) 45.
— Senile (Tobin) 44.
— Weitere Ergebnisse der Kastration und der Resektion der Vasa deferentia bei (Loumeau) 44.
— Behandlung der Ischurie infolge (Creski 298.
— Galvanokaustische Radikalbehandlung der (Kreisel) 298.
— Kastration bei (Jones) 298.
— Behandlung der Harnverhaltung bei (Christian) 226.
— und einige Formen von Atrophie der Prostata, Anatomische Untersuchungen über (Ciechanowski) 297.
Prostatasteine, Multiple (Golding) 44.
Prostatiker, Die kongenitalen Vesico-Umbilikalfisteln der (Delore) 268.
Prostatitis, Suppurative (Guiteras) 432.
Prostituierten, Elephantiastische und ulcerative Veränderungen des äufseren Genitales und Rectums bei (Bandler 124.
Prostitution in den Städten Rufslands (v. Stürmer) 389.
— und Geschlechtskrankheiten in Bosnien und der Herzegowina (Glück) 473.
— — — in Deutschland (Blaschko) 481.
— — — in England (Drysdale) 474.
— — — in Italien (Tommasoli) 478.
— — — in Rumänien (Petrini) 475; (Miron) 475.
— — — in Rufsland (v. Peterson) 473.
— — — in Schweden (Welander) 477.
— — — in Ungarn (Róna) 476.
— Wie könnte man durch gesetzliche Mafsregeln die Zahl der Frauen verringern, die in der Pr. ihren Lebensunterhalt finden (Neisser) 421.
— Ist die ärztliche Kontrolle derselben verbesserungsfähig (Finger, Jadassohn, Fiaux) 418.
— Welchen Anteil an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten hat dieselbe (Verchère) 417.
— Ist die polizeiliche Überwachung derselben verbesserungsfähig (Welander, Mireur, Schmöldter) 420.
Protargol 79.
— in der Therapie der Blennorrhoe (Berg) 322.
— Erfahrungen über (Wicherkiewicz) 100.
— in der Ophthalmotherapie (Jänner) 100.
— Zur Blennorrhoebehandlung mit (Mener) 109; (Piszini) 271.
— bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe (Colombini) 399; (Lesshafft) 88. 499; (Brandl) 399.
— bei Ophthalmo-Blennorrhoe (Wolffberg) 349.

Protargol und Argonin in der Behandlung der eiterigen Augenentzündung der Neugeborenen (Peck) 399.
Prurigo vera 323.
— (Besnier) 542.
— mitis [Hebra] (Johnston) 539.
— und Diabetes mellitus (Metscherski) 487.
— bei parenchymatöser Nephritis (Gaucher und Bernard) 542.
— bei Pseudoleukämie (Pinkus) 567.
Pruritus, Lokalisierter (Whitehouse) 430.
Psoriasis 324.
— vulgaris (Isaac II) 173; (Grassmann) 488.
— — der Finger- und Zehennägel (Klotz) 528; (Goldschmidt) 574.
— Pathologische Anatomie derselben (Kopytowski) 532.
— und Alkoholismus (Nardecchia) 599.
— Alkoholismus, Tuberculosis verrucosa des Fufsrückens, allgemeine Tuberkulose (Péré) 18.
— Lokalisation auf Impfnarben (Bettmann) 277.
— Die mykotische Natur der (Sültmann) 278.
— Dauernde Heilung durch Salol-Ricinusöl (Oberson) 278.
— und Leukoplakia oris (Lissauer) 599.
— der Nägel (Fox) 429; (Hutchinson) 436.
— im Säuglings- und Kindesalter (Rills) 328.
Psoriatischer Prozefs, Histologisch-pathogenetischer Beitrag zu demselben (Bosellini) 301.
Pubertas praecox (Klein) 51.
Purpura (Kernig) 98.
— und Intoxikationen (Breton) 497.
— Bakteriologische Untersuchungen in einem Falle von primärer infektiöser P. (Bellei und Boschi) 498.
— haemorrhagica, Akute Genesung (Dawson) 91.
— — Hartnäckiger Fall von (Burch) 92.
— — mit Streptokokken im Blut; Autopsie (Cureton) 92.
— infectiosa im Verlauf einer ulcerösmembranösen Stomatitis (Pagliano und François) 92.
— papulosa (Sherwell) 525.
— ulcerierende (Whitfield) 428.
— urticans (Perru) 426.
Pyrogallus- und Chrysarobinderivate, Über den therapeutischen Wert der (Bottstein) 82.
Pyurien und Hämaturien, Cystoskopische Diagnose renaler (Rothschild) 14.

Quecksilber im Harn quantitativ zu bestimmen, Einfache und zuverlässige Methode (Schumacher II und Jung) 88.
— als Heilmittel, Das lösliche metallische (Werler) 267.
— bei der Behandlung der Syphilis (Gaucher) 589.
Quecksiberbehandlung der Syphilis, Chronisch intermittierende Qu. (Poulsson) 589.
Quecksilber- und Jodanwendung in der Syphilistherapie (Neisser) 583.
Quecksilberbestimmung im Urin, Methode zur (Wyschemirski) 84.
Quecksilber-Einreibungskuren (Hötler) 553.
Quecksilberexanthem nach internem Gebrauch von Quecksilbersalben (Billard) 579.
Quecksilber-Pepton 74.
Quecksilber-Peptonpaste 74.
Quecksilbersäckchen, Einige Worte über die Behandlung mit (Welander) 222.
Quecksilbersalbe, Flanelle bestrichen mit (Gaucher) 589.
Quecksilbersalze, Prufung zweier neuer Qu. auf ihren Wert als Antiseptica (Steinmann) 448.
Quecksilbertherapie 565.
Quecksilbervergiftung, Akute, behandelt durch Blutausspülung (Fiocco) 84.

Radfahren, Harnröhrenentzündung durch (Robinson) 32.
Raynaudsche Krankheit bei neugeborenen Kindern (Durante) 89.
— — mit Autopsie (Riggs) 89.
— — Multiple Neuritis mit Athetose und R. K. (Wetzel) 90.
Rectalblennorrhoe (Calmann) 383.
Reglementierungssysteme, Haben die bisherigen R. einen Einfluss auf die Verbreitung der Syphilis und Geschlechtskrankheiten gehabt? (Barthélemy, Augagneur, Blaschko) 417.
Resorptionskraft der Blase (Janni) 290.
Rhinosklerom (De Simoni) 398; (Róna) 492; Klotz) 526.
Riesenzellen, Über das Vorkommen von R. in leprösen Hautinfiltraten (Brutzer) 384.
Ringworm, Klinische und mikroskopische Varietäten des R. (Given) 584.
Ringworm der Nägel (Whitfield) 427.
Röntgenstrahlen, Beitrag zur Behandlung der Hautkrankheiten mittelst (Gussmann und Schenkel) 80; (Schiff) 381.

Röntgenstrahlen, Therapeutische Wirkung derselben auf Lupus (Hall-Edwards) 380.
— Hautveränderung durch (Plonski) 138.
— Anklage wegen fahrlässiger Körperverletzung nach Anwendung der (Gocht) 52.
Röntgenstrahlendermatitis (Lustgarten) 529.
Rosacea pustulosa 170.
— angioneurotica 323.
Rudolfstiftung, Mitteiiung aus der k. k. Krankenanstalt 490.
Rückenmarkssyphilis mit Höhlenbildung (Japha) 237.

Salbenmullverband bei Hautkatarrhen der Augengegend, kompliziert mit Katarrhen des Auges (Unna) 312.
Salosantal 79.
Samenblasen, Entzündung der (Youmans) 296.
— Excision einer der (Moublin) 296.
Samenverluste, Krankhafte (Popper) 296.
Sarcoma der Corpora cavernosa (Battle) 250.
— cutis (Kaposi), Fall von multiplem idiopathischen (Róna) 117; (Kracht) 174.
— idiopathicum multiplex pigmentodes cutis (Havas) 118; (Sellei) 119; (Bernard) 490.
— Melanotisches (Fox) 427.
— beider Nieren bei einem Säugling (Napier) 175.
— unter dem Bilde der Mykosis fungoides „d'Emblée" (Minne) 551.
— maculosum melanoticum (Lustgarten) 527.
— Sind die aus pigmentierten Mälern entstandenen Neoplasmen Carcinome oder (Gilchrist) 517.
Scarlatina, Ätiologie der Rückkehrfälle von (Millard) 141.
— eine lokale Krankheit (Fleming) 140.
— in mehreren Schüben (Monteux und Lop) 141.
— mit akuter eitriger Mittelohrentzündung und akuter hämorrhagischer Septikämie, behandelt mit Antistreptokokkenserum; Heilung (Low) 141.
— Rückfälle (Klennan) 141; (Cosgrave) 142.
— Zur Behandlung der; einige besondere Fälle (Knöspel) 142.
— bei einem neugeborenen Kinde (Cordes) 544.
Scarlatiniformes, recidivierendes, desquamatives Erythem (Crocker) 124.
Schanker, Harter, s. Initialsklerose.
— Weicher, s. Ulcus molle.
Schleimhaut des Mundes, Veränderungen der (Audry) 552.
Schrumpfniere, Hautaffektionen bei (West) 91.
Sclerodaktylie, Zur Kasuistik der (Kalischor) 336; (Klotz) 529.
Sclerodermia und Atrophia cutis idiopathica (Metscherski) 174.
— (Bloch) 337.
— der unteren Extremitäten (Adler) 337; (Eddowes) 483.
Sclerosis redux und Gummata (Anthony) 225.
Scrophulosis und Soolbäder (Vollmer) 228.
Scrotum, Hauttransplantation in Fällen von hochgradigen traumatischen Defekten an Penis und (Senn) 33.
Seborrhoe und Alopecia areata (Phillips) 340.
Seifen vom medizinischen Standpunkt betrachtet (Labbé) 446.
Serumexantheme (Bauer) 450.
Sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane (Barucco) 133.
Smegma, Neue Methode der Differentialfärbung der Mikroorganismen der Tuberkulose, Lepra und des (Marzinowsky) 398.
Somatose 79.
Sperma, Störungen in der Entleerung des (Pousson) 19.
Spermatorrhoe als Komplikation einer blennorrhoischen Urethritis (Wahl) 575.
Spermauntersuchung (Beumer) 41.
Spülbehandlung der unteren Harnwege (Schwerin) 31.
Staphylokokken der Lymphe (Vanselow und Czaplewski) 546.
Staphylokokken-Infektion, Eigentümlicher Fall von (Wohlgemuth) 31.
— — urethralen Ursprungs, Allgemeine (Rendu) 289.
Stauungshyperämien 323.
Steral 74.
Sterilisation der von Barbieren und Friseuren gebrauchten Instrumente (Sabrazès) 18.
Sterilisieren der Hände (Gottstein und Blumberg) 562.
Stomatitis mercurialis, Behandlung der (Lanz) 17.
— — Weitere Mitteilungen über die Beteiligung des weichen Gaumens bei 60.
— et Dermatitis bullosa artificialis [ein Simulant] (Haslund) 125.
— und Tonsillitis ulcerosa, Bakteriologische Befunde bei (Salomon) 283.
Striktur, Ursachen einer spastischen (Morson) 185.
— Bemerkungen über die Behandlung der schwierigen (Warden) 39.

Striktur, Praktische Winke zur Behandlung der (Cousins) 35.
Strikturen, Die Elektrolyse in der Behandlung der (Delédat) 36.
— Einiges über S. überhaupt und solche seltener Form (Deutsch) 14.
— Intraurethrotomie bei weiten (Kollmann) 325. 326.
— Einiges über S. überhaupt und solche seltener Form (Deutsch) 72.
Sublimat, seine Wirkung auf das Blut (Fiocco) 271
Sykosis parasitaria der behaarten Kopfhaut (Ehrmann) 281.
Syphilide, Leukoplasiforme S. oder Parasyphilide des Mundes (Fournier) 594.
Syphilis (Neumann) 394.
— Bemerkungen über S. (Pearce) 538.
— Differentialdiagnose der syphilitischen Exantheme und die cutanen Zeichen früherer (Fox) 231.
— Diagnose der nicht durch Geschlechtsverkehr erworbenen S. im frühen Stadium (van Harlingen) 232.
— Über den extragenitalen Schanker, dessen Häufigkeit und seine Bedeutung für den Verlauf der S. (Haslund) 232.
— Zur Ätiologie des protrahierten Verlaufes der ersten Latenzperioden der (Broes van Dort) 181.
— in Kopenhagen (Ehlers) 230.
— und die venerischen Krankheiten in den Städten Rufslands (v. Petersen und v. Stürmer) 385.
— Über Verhütung und Behandlung derselben in der englischen Marine und dem Heere (Mahon) 378.
— Soziale Gefahr derselben (Fournier) 415.
— Prophylaxis der (Welch) 379.
— und venerische Krankheiten, Prophylaxe derselben (Morita) 479.
— Öffentliche Mafsregeln gegen S. (Pontoppidan) 488.
— und Geschlechtskrankheiten, Mafsregeln gesetzlicher Natur, um dieselben wirksam zu bekämpfen (Lesser und Kaposi) 422.
— und Geschlechtskrankheiten, Einfluſs der Reglementierungssysteme auf die Verbreitung von (Barthélemy, Augagneur, Blaschko) 417.
— mit frühzeitig auftretenden tertiären Erscheinungen (Powell) 437.
— maligna, Einspritzungen von künstlichem Serum nach Hayem bei (Augagneur) 72.
— cutanea vegetans (Malyscheff) 174.
— des Auges (Bull) 583.
— der Augen, Fall von schwerer (Fromaget) 237.
— Gefäfsveränderungen durch (Abramow) 234.
Syphilis der Harnleiter (Proksch) 69.
— Magengeschwür, Tuberkulose und (Potain) 580.
— der Milz mit besonderer Berücksichtigung des Milztumors im sekundären Stadium der Lues (Bruhns) 235.
— des Mundes und des Rachens (Fournier) 593.
— nasalis acquisita (Blanc und Faussié) 131.
— Die Angreifbarkeit der Niere bei (Rénon) 235.
— Paralyse und (v. Speyer) 241.
— Lähmung der oberen Körperhälfte während des zweiten Stadiums der (Bayet) 439.
— und Gesichtslähmung (Fraenkel) 242.
— Vermutliche Phlebitis und Lymphangitis bei sekundärer (Weber) 130.
— recens und Erythema nodosum bei Individuum (Huber) 122.
— Beziehungen der Hydrocephalie zur Tuberkulose und 444.
— und Lepra, Gleichzeitiges Vorkommen (Messarosch) 548.
— und Psoriasis, Zusammenhang zwischen (Alpár) 120.
— und Tabes (Touche) 241.
— und Tuberkulose, Mischinfektion (Morrow) 431.
— tertiaria, Langdauerndes remittierendes Fieber (Caro) 580.
— — Jodipin bei (Klingmüller) 592.
— Schwere tertiäre (Lesser) 171.
— Einige Fälle von visceraler (Pistoj) 271.
— der Sinus und ihre hauptsächlichsten Komplikationen, Tertiäre (Gilbert) 582.
— der Leber mit Hepatoptose (Rummo) 584.
— und die Leber (Adami) 230.
— des Nervensystems (Barber) 178; (Browning) 179.
— des Centralnervensystems beim russischen Bauer (Tschekau) 585.
— Behandlung der (Taylor) 243; (Bangs) 244; Lapowski) 590.
— Wie ich die S. behandle (Monroe) 191.
— Therapeutisch-prophylaktische Behandlung derselben (Levi) 480.
— Mineralwasserkur bei der Behandlung derselben (Neisser, Drennen, Finger) 591.
— Beobachtungen über 84 Fälle von S., welche durch intravenöse Injektion von Quecksilbercyanid behandelt wurden (Chopping) 243.
— Behandlung mit Quecksilber (Gaucher) 589; (Poulsson) 589.
— — durch Tragen von mit Quecksilberbestrichenen Flanellen (Stern) 589.

Syphilis, Veränderungen in der Behandlung derselben mit Hg-Einreibungen (Schuster) 437.
— Erfahrungen mit der Welanderschen Methode der Anwendung von Unguentum Hydrargyri cinereum bei (Stern) 244.
— Einreibungskur bei (Spiegler) 590.
— Serumbehandlung derselben (Charmeil) 591.
Syphilitische Alopecia, Behandlung der (Gaucher) 592.
— Anämie, Behandlung derselben (Boas) 233.
— Arteriitis der beiden Arteriae fossae Sylvii und des Truncus basilaris (Bacaloglu) 234.
— Cystitis (Griwzow) 540.
— Geschwür am Augenlide, Das primäre (Mohr) 233.
— Elephantiasis (Pudor) 187.
— Framboesie (Kiessling) 234.
— Infektion, Extragenitale; seltener Fall (Rosenquist) 233.
— Kinder, Neigung derselben zu bestimmten spezifischen Organ- und Gewebserkrankungen (Thomson) 232.
— Veränderungen an der Leber, Diffuse (Weber) 584.
— Erkrankung des Magens (Dalgliesch) 585.
— Mastdarmgeschwüre (Schuchardt) 236.
— Mastitis, Tertiäre (Reinecke) 582.
— Ostitis, Kongenitale (Caird) 681.
— Periostitis (Ledermann) 423.
— Produkte, Über tingible Körperchen in s. Pr. (Loeb) 574.
— Reinfektion (Skarnowski) 580.
— Erkrankungen im Röntgenbilde (Hahn) 231.
— Roseolaperiode, Gekreuzte Lähmung im Verlaufe der (Bayet) 587.
— Spiralparalyse (Williamson) 586.
— Stenose der Bronchien (Rolleston und Ogle) 235.
— Ulcerationen von Fuſs und Knöchel, Chronische (Sherill) 237.
— Ulceration des groſsen Netzes mit nachfolgender Perforation und Invagination des Dünndarms (Lisanti) 583.
— und tuberkulöse Erkrankungen des Auges (Grant) 584.
— hereditaria, Zur Pathogenese der (Hochsinger) 181; (Karvonen) 533.
— — Die Zeichen der (Dawbarn) 243.
— — von excessiver Dauer (De Molènes) 581.
— — bei einem zwölfjährigen Kinde, als Dementia
— — paralytica als einziger Ausdruck der (Nonne) 270.
— — Hemiplegia spastica infantilis als Folge von (Massol) 581.
Syphilis hereditaria des Ohres (Castex) 592.
— — Die rudimentären ophthalmoskopischen Stigmata der (Atonelli) 242.
— — mit Reinfektion und tödlichem Ausgang (Jullien und Thuvin) 131.
Syphilisbacillus, Kultur desselben (van Niessen) 579.
Syphilisbakterien (Levi) 480.
Syphilitiker, Bakterienformen im Blute der Syphilitiker (Levi) 442.
Syphilitikern, Über Veränderungen der Zähne bei (Petersen) 581.
Syphiloderma haemorrhagicum adultorum (Piccardi) 564.

Tabes (Bloch) 587.
— Ätiologie der (Kende) 238.
— Therapie der (Sarbó) 244.
— incipiens mit gummöser Erkrankung der Hirnsubstanz (Nonne) 587.
Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes, Entwickelung von (Audry) 101; (Delbanco) 104. 353.
Talgdrüsencysten, Eigentümliche multiple T. (Pringle) 535.
Talgdrüsengeschwulst (Rolleston) 428.
Tannoform 79.
— Therapeutische Verwendung desselben (Grosse) 88.
Taubsein [infolge Onanie?] (Morton) 175.
Technische Verbesserungen: Instrumententasche für die urologische Praxis; Universalinstument zur Behandlung der Harnretention bei Strikturen und Prostatahypertrophie (Lohnstein) 31. 32. 35.
Teleangiektasien (Morris) 426.
Testikel, Fall von überzähligem (Tomory) 294.
— Dislokation eines (Keith) 42.
— Tuberkulose des T. im Anschluſs an Masern (Shaw) 42.
Thiosinaminseife und Thiosinaminpflastermulle (Unna) 560.
Tinien, Studien über Prophylaxis und Behandlung der (Bellini) 21.
Tintenbäder und Tintenumschläge (Leistikow) 513.
Trauma und Tuberkulose (Urban) 228.
Tripper s. Blennorrhoe.
Tripperbehandlung, Bemerkungen über (Wynkoop) 226.
Tripperrheumatismus myelopatischer Genese (Milian) 351.
Trippersekret, Färbung mit Anilinfarbengemischen (Lanz) 95.
Trichophytie (Marsden) 279.
— Antisepsis bei der Behandlung der (Calderone) 443.

Trichophytie des Bartes (Sabrazès und Brengues) 328.
— der Nägel (Johnston) 530.
Trichophytonpilz, Über die Morphologie desselben (Pelagatti) 453.
Tuberculosis (Pincus) 563.
— perinei (Csillag) 122.
— multiplex subcutanea (Jadassohn) 228.
— verrucosa cutis der Hand (Manley) 176.
— Neue Methode der Differentialfärbung der Mikroorganismen der Lepra, des Smegma und der (Marzinowsky) 398.
— Ungewöhnliche Lokalisationen (Scott Warthin) 549.
— Übertragbarkeit durch den Bart Tuberkulöser (Schoull) 549.
— Fluoroform gegen (Stepp) 551.
Tuberculum anatomicum, Histologisch-bakteriologische Untersuchnngen über (Guizzetti) 253.
Tuberkelbacillen im Harn, Entdeckung von (Webb) 50.
Tuberkelbacillus, Darstellung desselben im Gewebe (Delbanco) 229.
Tuberkulinwirkung bei Lupus (Doutrelepont) 550.
Tuberkulöse Erkrankung der Blase, Behandlung der (Moullin) 38.
— Lokalerkrankungen, Zur Schmierseifenbehandlung derselben (Hoffa) 229.
Tumoren der Haut (Richards) 426.

Übertragung von Krankheitserregern durch Wanze und Blutegel (Mühling) 448.
Ulcera veneres, Desinfektionsversuche mittelst gewöhnlicher Seife (Giovannini) 283.
Ulceration, Syphilitische U. des grofsen Netzes (Lisanti) 588.
Ulcus durum, Extragenitaler (Boscher) 187.
— — des behaarten Kopfes 580.
— — am Mittelfinger der linken Hand (Morrow) 431.
— molle, Behandlung mit Dampf (Manfanowski) 282.
— — Epidemie von (Audry) 577.
— — der Eichel, Hämorrhagie unter dem Bilde einer Urethralblutung bei phagedänischem (Boisson) 282.
— — Zur Kasuistik des phagedänischen (Jullien) 329.
— — Vier Fälle von extragenitalem (Csillag) 125.
— rodens auf der Nase (Perry) 426.
Ulerythema centrifugum (Jadassohn) 482; (Robinson) 520; (White) 521; (Fordyce) 521; (Lustgarten) 525; (Elliot) 529.
Ulerythema centrifugum des Haarbodens, tuberkulöse Läsionen eines (Audry) 578.
— — Über die Natur des (Boeck) 339.
— — faciei, Zwei Fälle von (Heuss) 339.
— — Behandlung (Hebra) 339.
— — Behandlung durch interne Darreichung von Jodoform (Whitehouse) 339.
— — Behandlung mit Röntgenstrahlen (Schiff) 340.
Unguentum domesticum (Unna) 375.
Unterlippe, Fall von desquamativer und suppurativer Entzündung der U. (Morris) 485.
Unterschenkeleksem und Dermitis varicosa eccematiformis, Zur Histologie derselben (Hodara) 224.
Unterricht, Zum dermatologischen (Tommasoli) 21. 441.
Ureter, Stein im (Barling) 48.
— Niere mit einem Stein im (Taylor) 48; (Way) 343; (Freyer) 343.
— Instrument, den Urin aus jedem Ureter gesondert aufzufangen (Harris) 433.
Ureteren und Blase bei einem 13 Monate alten Kinde, Hypertrophie der Nieren, Erweiterung der (Hemenway) 47.
Ureteritis cystica, multiple Cystenbildung in den Ureteren und der Harnblase (Marckwald) 48.
Ureterstein, Blasen- und (Longard) 40.
Urethra, Diphtherie der (Gregory) 269.
— Harnröhrenspiegel zur Entdeckung von Harnröhrensteinen in der Pars posterior der (Baumgarten) 34.
— und Prostata, Infektion der (Noguès und Wassermann) 439.
— Fremdkörper in der (Friedländer) 268.
— Oberflächlicher Einrifs der Blasenschleimhaut während einer Ausspülung der U. mit Kalium permanganicum (Sarraute) 328.
— des Weibes, Bakteriengehalt der normalen (Schenk und Austerlitz) 346.
— — — Prolaps der (Mossop) 188.
Urethritis, Die endoskopische Behandlung der chronischen (Champion) 188.
— der kleinen Knaben (Bogdan und Imerwol) 228.
— chronica glandularis, Elektrolyse bei Behandlung der (Mundorff) 35.
Urethrotomia externa (Reinhardt) 36; (Heyden) 289.
— gefolgt von zweimaliger Cysto- und Lithotomia suprapubica an demselben Patienten im Verlaufe von 9 Jahren (Newman) 37.
— interna (Schlitka) 251.
— — anterior, Erfahrungen mit der (Lydston) 252.
Urethrotomien, Bemerkungen über (Sonnenburg) 251.

Urethroskopie (Kisch) 118.
— Wichtigkeit derselben in der Diagnostik der im hinteren Abschnitte der Harnröhre sitzenden Harnröhrensteine (Baumgarten) 250.
Urin-Trübung, ausschliefslich durch Epithelien verursacht (Noguès) 182.
Urinuntersuchung, Einige bei derselben oft unbeachtete Punkte (Reed) 342.
Urogenitaltuberkulose, Beitrag zur Behandder (Goldberg) 247.
Urotropin in der Kinderpraxis (Heubner) 291.
Urticaria chronica (Kreibich) 68.
— pigmentosa (Brongersma) 128; (Robinson) 431; (Stelwagon) 522; (Small) 576.
— recidiva mit akuten Schüben und Albuminurie (Roth) 510.
— der Zunge mit Achlorhydrie (Goodale) 497.

Vaccination, Animale V. in Anhalt (Wesche) 545.
— Aseptische (Pöppelmann) 151.
— Momentane Kontraindikationen der (Yves) 750.
— Temporäre Kontraindikationen der (Sain-Ives Ménard) 545.
— und Impfnarben (Lowe) 148.
Vaccinia (Allen) 527.
— generalisata und deren Pathogenese (Haslund) 69.
Vaccinekörperchen nach Untersuchung an der geimpften Hornhaut des Kaninchens. Experimenteller und kritischer Beitrag zur Frage nach dem Kontagium der Vaccine (Hückel) 22.
Vaginitis blennorrhoica und ihre Behandlung (Greenberg) 348.
Varicella gangraenosa 486.
— — (Turner) 146.
Varicellen, Masern und scharlachartiger Rash, Gleichzeitiges Vorkommen von (Feltz) 146.
— und Vaccination (Thomson) 543.
Variola 151.
— Bericht der Impfkommission 1897 (Boyd) 149.
— Cow-Pox und humanisierte Vaccine (Fiorentini) 152.
— Das neue Impfgesetz in England (Vallin) 149.
— Das Virus der Vaccine und seine Kultivierung (Kent) 151.
— Der spezifische Organismus der Lymphe (Kent) 151.
— Die deutsche Marine und die Pocken (Globig) 147.
— Die Schwierigkeiten des neuen Impfgesetzes (Robertson) 149.
Variola, Jahresbericht des Parc Vaccinogène zu Weltevreden (Roll) 148.
— Immunität nach erfolgloser Vaccination (Bondesen) 148.
— und die Pflichten der Gesundheitsbeamten unter dem neuen Gesetze (Asby) 545.
— und Varicellen (Thomson) 543.
— Beobachtungen über eine ansteckende Krankheit unter den Laskaren, die enge Beziehungen zeigt zu (Thomson und Brownlee) 147.
— und die Vaccination in Mailand (Bizzozero) 147.
— — Thatsachen über 147.
Variolaepidemie in Middlesbrough und ihre Lehren 147; (Dingle) 148.
Vasa deferentia, Prostatismus, Cystomie, Resektion derselben (Audry) 578.
Vasogenum spissum (Leistikow) 323.
Venerische Krankheiten, Die Litteratur der (Proksch) 200)
— — Prophylaxis der (Tommasoli) 443.
— — Verbreitung der (Lassar) 573.
Venenerischen, Die V. zu Saint-Lazare Jullien) 439.
Venerischer Bubo und Buboneneiter (Adrian) 221.
Verbrennungen, Behandlung von V. (Roelig) 500.
Verdickung, Scheinbare der subcutanen Venen (Weber) 445.
Verruga peruvienne, La maladie de Carrion (Odriozola) 272.
— vulgaris (Morrow) 431.
Vita sexualis bei Männern, Therapie der anomalen (Fuchs) 75.
Vitiligo (Lipmann-Wulf) 172.
— Allgemeine (Allen) 528.
— am Scrotum und Penis (Allen) 528.
— und Morphea (Fox) 529.
Vorsteherdrüse s. Prostata.
Vulvovaginitis der kleinen Mädchen (Vigevani und Casarini) 94.

Wallacesches oder Collessches Gesetz (Shaw-Mackenzie) 232.
Wachsgelatine 74.
Wachspaste 74.
Warzen als familiäre Erscheinung (Vivès) 329.
Wollhaar bei einem Kinde weifser Rasse (Cantrell) 187.
Wundheilung, Neue Methoden der (Schleich) 74.

Xanthoma glycosuricum, Zur Histologie des (Krzyształowicz) 201.

Xeroderma, Fall von kongenitalem universellen X. oder Ichthyosis (Klotz) 528.
— pigmentosum (Bareldt) 340.
Xerodermia pilaris (Isaac II) 424.
Xeroform (Havas) 89.

Zähne, Über die Veränderungen der Z. bei Syphilitikern (Petersen) 58.
Zellen, Über eosinophile Z. im blennorrhoischen Eiter (Bettmann) 491.
Zoster, Bullöser Antipyrin-Ausschlag bei einem Patienten mit (Deas) 129.
— facialis, Augenmuskellähmung nach (Rutter) 140.
— Facialislähmung infolge von (Klippel und Aynaud) 541.
Zuckerabspaltung aus Eiweifs (Mayer) 345.
Zuckerausscheidung nach Copaivagebrauch (Bethmann) 447.
Zungengumma (Symonds) 234; (Gottheil) 234.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abba, Heilung eines Falles von Milzbrand mit dem Serum von Sclavo 287.
Aboutkoff, Die Wirkung der Hyperpyrexie auf die Blennorrhoe 99.
Abraham, Ph., Die Latenzzeit bei der Lepra 195.
— Impfung und Lepra 196.
— Lokalisierte Kongestion der Nase 424.
Abrahams, Bertram, Myxödem bei einem Kinde 351.
Abramow, Über die Gefäßveränderungen durch Syphilis 234.
Achard 132.
Adami, J. G., Syphilis und die Leber 230.
Addison 202. 203. 335. 485.
Adrian, Zur Kenntnis des venerischen Bubo und des Buboneneiters 495.
Ahlfeld 3.
Akel 199.
Albarran, Neue Untersuchungsmethoden zur Diagnose der Nierensteine 439.
— und Bernard, Studien über die Durchgängigkeit der Nieren mittels Injektion von Methylenblau bei den chirurgischen Affektionen der Nieren 18.
Albert 199.
Albu, Fall von Lebercirrhose mit elephantiasisähnlichem Ödem der Bauchdecken 498.
Alibert 24. 598.
Allard, Blennorrhoische Neuritis 350.
Allbutt 194.
Allen, Ch. W., Behandlung der Kinderekzeme 277.
— Einige Bemerkungen über Erysipel und dessen Behandlung 283.
— Ein Fall von Dystrophia der Nägel 429.
— Ein Fall von Morphoea 429.
— Ein Fall von Initialsklerose der Brustwarze 431.
— Eindrücke und Schlüsse aus der Betrachtung von 5000 im Laufe des Jahres behandelten Hautkrankheiten 522.
Allen, Ch. W., Allgemeine Vitiligo 528.
— Vaccinia 527.
— Vitiligo am Scrotum und Penis 528.
— Fall von Epithelioma des Gesichts 528.
— 428. 429. 431. 519. 530.
Almkvist, Ein durch Gonokokken verursachter Fall von Phlegmone 488.
— 280.
Alvarez 192. 193.
Alpár, A., Über den Zusammenhang zwischen Syphilis und Psoriasis 120.
— Referate 81. 85. 87. 89. 123. 233. 241. 251. 252. 282. 294. 297. 341. 451. 452. 543.
— 121.
Alpers, W. C., Zur Harnuntersuchung 49.
Anderson, Mc Call 225. 304.
Anger 139.
Anschütz, W., Über den Diabetes mit Bronzefärbung der Haut, zugleich ein Beitrag zur Lehre der allgemeinen Hämochromatose und der Pankreasschrumpfung 334.
Antonelli 78.
Anthony, Gummata und Sclerosis redux 225.
— 225.
Apolant 564.
Arctander 10.
Argand 290.
Argento 32.
Argyll 240.
Arnheim, Alfred 62.
Arning 192. 196.
Arzperger 434.
Asch, R. 417.
Ashby, A., Variola und die Pflichten der Gesundheitsbeamten unter dem neuen Gesetze 545.
Ascher 417.

Ashmead, A. S., Lepra — unheilbar. Offene Antwort auf eine Mitteilung Gémys 199.
— 194.
Athanasow, Histologische Untersuchungen über die Atrophie der Prostata nach Kastration, Vasektomie und nach Injektion von sklerosierenden Substanzen in den Nebenhoden 297.
Atkinson, Ira E., Kongenitale Abwesenheit der Glans penis 32.
Atonelli, Die rudimentären ophthalmoskopischen Stigmata der hereditären Lues 242.
Auché 536.
Audouin 534. 535.
*Audry, Ch., Über eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen 101.
— Über eine Anomalie der Lippenschleimhaut 328.
— Über die Natur des Molluscum contagiosum 327.
— Zur Arbeit des Herrn Dr. Audry 552.
— Über den Lupus der Schleimhäute und dessen Bedeutung als Ausgangspunkt der Affektion 577.
— Über ein nach dem Gebrauche von Kollodium aufgetretenes Keloid 577.
— Über zwei an entfernten Stellen und nacheinander bei demselben Individuum aufgetretene Schanker 577.
— Über eine recidivierende Phlyktänose der äufseren und vorderen Fläche des Daumens 577.
— Papillom der Blase 578.
— Über einen krankhaften Prozefs von Epidermisneubildung und über die Pseudokomedonen 577.
— Über die klinische Bedeutung des gemischten Schankers 577.
— Über eine Epidemie von weichem Schanker 577.
— Histologische Untersuchung einer syphilitischen Lymphangitis 577.
— Prostatismus, Cystotomie, Resektion der Vasa deferentia 578.
— Über einen Fall von Lepra. Histologie der Leprome 579.
— Bericht über die Klinik für Dermatologie und Syphilis während des Zeitraums von 1896—97 578.
— Tuberkulöse Läsionen bei einem Lupus erythematosus des Haarbodens 578.
— 104. 105. 328. 357. 359. 360. 362. 363. 364. 365. 366. 552.
— und Iversing, Epitheliom auf dem Boden eines Lupus der Mundrachenschleimhaut 578.
— — Über ein primäres isoliertes syphilitisches Gumma einer 578.
Audry, Ch., und Thévenin, Zur Histologie der Skarifikationen und ihre Reparation 579.
Auerbach 503. 504. 508. 509.
Aufrecht 70. 79.
— und Schuftan, Einiges über Larginbehandlung bei Blennorrhoe, Prostata- und Blasenerkrankungen 99.
Augagneur, Einspritzungen von künstlichem Serum nach Hayem bei Syphilis maligna 72.
— Haben die bisherigen Reglementierungssysteme einen Einfluſs auf die Verbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten gehabt? 417.
Auspitz 301. 302.
Austerlitz, L., und F. Schenk, Über den Bakteriengehalt der normalen Urethra des Weibes 346.
Aynaud und Klippel, Die Facialislähmung infolge von Herpes zoster 541.

Babcock und Masland. Ein Fall von Pagets Disease von 13jähriger Dauer ohne carcinomatöse Degeneration der Brustdrüse 331.
Babes, Über die Kultur der von mir bei Lepra gefundenen Diphtherie 197.
— 284. 351. 489. 548. 569.
— und Moscana, Über Lepra der Lunge 547.
Bacaloglu, Arteriitis syphilitica der beiden Arteriae fossae Sylvii und des Truncus basilaris 284.
Baccelli 441.
Baerens, Verhältnis des Karfunkels zum Furunkel 189.
Bärensprung 170.
Bätge 487. 488.
Baldwin, G., Symptome und Diagnose der Blennorrhoe beim Weibe 96.
Ballaban 487.
Balzer 203.
Bandler, V., Zur Kenntnis der elephantiastischen und ulcerativen Veränderungen des äufseren Genitales und Rectums bei Prostituierten 124.
— Zur Histologie des Naevus sebaceus 222.
Bandot 596.
Bangs, B., Zwei Fälle von primärem Prostatacarcinom 224.
— Die Behandlung der Syphilis 247.
— 293.
Banzet, Bemerkung über einen Fall von Lithotripsie bei einem 82jährigen Greise 441.
Barber 179.
Bardeleben 137.
Bardenheuer 32.
Bareldt, Xeroderma pigmentosum 340.
Barling, Fälle von Blasentumoren 39.

Barling, Stein im Ureter 48.
Barlow 571.
Barber, Fall von Syphilis des Nervensystems 178.
Bartels, Die Lepra auf den Marschallinseln 194.
Barthélemy, Haben die bisherigen Reglementierungssysteme einen Einfluſs auf die Verbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten gehabt? 417.
Barthez 145.
Bartholini 97. 349. 382.
Barton, E. A., Die Wirkung der Primula obconica auf die Haut 499.
Barucco, N., Die sexuelle Neurathenie und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane 133.
v. Basch 84.
Basedow 435. 436. 483.
Battle, W. H., Ein Fall von Sarkom der Corpora cavernosa 250.
Batut 258.
Bauer, L., Über Serumexantheme 450.
Baumgarten, S., Über die Wichtigkeit der Urethroskopie in der Diagnostik der im hinteren Abschnitte der Harnröhre sitzenden Harnröhrensteine 250.
— Die Bedeutung des Harnröhrenspiegels für die Diagnose der in Taschen der Pars posterior urethrae sitzenden Harnröhrensteine 34.
Bauzet 293.
Bayet, A., Ein Fall von wechselnder Lähmung der oberen Körperhälfte während des zweiten Stadiums der Syphilis 439.
— Ein Fall von gekreuzter Lähmung im Verlaufe der syphilitischen Roseolaperiode 587.
— 204.
Bazin 24. 202. 223. 432. 596. 597.
Bazy, Der prognostische Wert der Methylenblauprobe 182.
Becher, J. A., Über Riesenzellenbildung in Kankroiden 330.
Beck, Zur Operation der Hypospadie 249.
— 32.
Béco 414.
Beddies, Über organische Fluormedikamente 82.
— 369. 372.
Behaegel 31.
Behrend, G. 564. 597.
— 60.
Behring 285.
Belli und Boschi, Bakteriologische Untersuchungen in einem Falle von primärer infektiöser Purpura 498.
Bellini, Studium über die Prophylaxis und Behandlung der Tinien 21.
Below und Kattenbracker, Einige Beispiele von der Anwendung und Wirkung der Lichttherapie bei verschiedenen Krankheiten 449.
Bennett, W. H. 446.
Berg, Über Protargol in der Blennorrhoetherapie 352.
Berger, Lichen ruber verrucosus 171.
v. Bergmann, A. 575.
v. Bergmann, E. 332.
Berliner, C., Referate 36. 39. 40. 42. 44. 48. 49. 50. 51. 70. 72. 89. 91. 93. 99. 127. 131. 135. 139. 140. 144. 147. 186. 222. 230. 234. 268. 284. 286. 288. 289. 294. 296. 298. 330. 337. 340. 342. 343. 344. 345. 346. 350. 385. 392. 426. 428. 432. 433. 437. 484. 486. 496. 530. 537. 540. 543. 544. 551. 570. 574. 577. 584. 587. 591. 598.
Bernard, Robert, Sarcomata idiopathica multiplicia pigmentosa cutis (Kaposi) 490.
— und Albarran, Prüfung der Durchgängigkeit der Nieren durch Injektion von Methylenblau bei den chirurgischen Affektionen der Nieren 131.
— und Gaucher, Fall von parenchymatöser Nephritis mit Prurigo, Vitiligo und Alopecia areata 542.
Bernheim 283.
Bertarelli 467.
Besnier, E., Die Behandlung der Prurigo 542.
— 58. 118. 208. 217. 276. 278. 393. 597.
Best, Über gutartige cystische Epitheliome der Bindehaut. (Epithelioma cysticum congenitum. — Dermoepitheliom nach Parinaud) 332.
Bethmann, Über Zuckerausscheidung nach Copaivagebrauch 447.
Bettmann, Über eosinophile Zellen im blennorrhoischen Eiter 491.
— Über Lokalisation der Psoriasis auf Impfnarben 277.
Beumer, Zur Spermauntersuchung 41.
Beven, O., Kanthariden als Hämostypticum bei Hämaturie, und ihr Gebrauch bei Albuminurie 344.
Beveridge, W. O., Karbunkel im Gesicht 286.
Bier 44.
Biett 596.
Billard, Über die Alopecie mit Ichthyose 578.
— Quecksilberexanthem nach internem Gebrauche von Quecksilbersalzen 579.
— Über einen Fall von schwerem Jodismus und dessen Pathogenese 579.
Bio 75.
Birch-Hirschfeld 228. 280. 409.
Birnbaum 400.
Bizzozzero 307. 397.
Blanc und Faussie, Über Syphilis nasalis acquisita 191.

Blaschko, Zur Histologie der Pityriasis rosea 173.
— Haben die bisherigen Reglementierungssysteme einen Einfluſs auf die Verbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten gehabt? 417.
— Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Deutschland 481.
— 94. 173. 174. 307. 423. 493. 562. 563.
Blindreich, Onychia maligna infolge von Ätzung mit Weinsteinsäure 138.
Bloch, I., Referate 31. 32. 35. 37. 40. 46. 50. 78. 90. 96. 134. 137. 138. 139. 192. 195. 248. 251. 279. 336. 345. 351. 398. 445. 446. 447. 497. 547. 550. 552. 580. 589. 592.
Bloch, M., Antisepsis bei Merkurinjektionen 592.
Bloch, Rudolf, Zur Kenntnis der blennorrhoischen Gelenks- und Nervenerkrankungen 125.
— Naftalan bei Brandwunden und anderen Hautaffektionen 87.
— Sklerodermie 337.
Bloebaum, Mitteilung über die Herstellung meiner galvanokaustischen Glühnadel aus Platin-Iridium 52.
Blokusewski, Zur Austilgung der Blennorrhoe 99.
— Nachtrag zum Artikel „Zur Austilgung der Blennorrhoe“ 346.
— 351. 417.
Blumberg, M. und G. Gottstein, Inwieweit können wir unsere Hände sterilisieren? 552.
Blumenthal 345.
Boas, Die Behandlung der syphilitischen Anämie 232.
Bockhart 494.
Boeck, Über die Natur des Lupus erythematosus 339.
— 58. 71. 280.
Böing, Die Stellung der Ärzte zur Verhinderung der Konzeption 400.
Bogdan und Imerwol, Die Urethritis blennorrhoica der kleinen Knaben 223.
Bohland, K., Über die Einwirkung der Hydrotika und Antihydrotika auf den Leukocytengehalt des Blutes 445.
Boinet 287. 288.
Boisson, Hämorrhagie infolge eines phagedänischen Schankers der Eichel, unter dem Bilde einer Urethralblutung verlaufend 282.
Bókay 451.
v. Boltenstern, Die neuere Geschichte der Medizin 75.
Bond, Vaccination mit besonderer Berücksichtigung der bevorstehenden Gesetzgebung 149.
Bondesen, Über Immunität nach erfolgloser Vaccination 148.
— 126.
*Bonne, Georg, Über das Eccema seborrhoicum Unna als Familienkrankheit 153.
Bordoni 197. 548.
Boschi und Belli, Bakteriologische Untersuchungen in einem Falle von primärer infektiöser Purpura 498.
Bosher, Extragenitaler Schanker 187.
*Bosellini, P., Über den psoriatischen Prozefs 301.
— 586.
Bottstein, Über den therapeutischen Wert der Chrysarobin- und Pyrogallusderivate 82.
Botsford 293.
Bottini 45. 46. 47. 226. 298. 299.
Bouchard 320.
Bouffé, Über die Herabsetzung der Nerventhätigkeit bei Psoriasis, Krebs und Lepra und der Einfluſs, den die Organtherapie darauf hervorbringt 22.
Bouloumié 592.
Bowles, R. L. 425. 483.
Bowen, Zwei Epidemien von Alopecia areata in einem Mädchenasyl 539.
— 515. 520. 522.
Boyd, Bericht der Impfkommission 1896 149.
Brachet 203.
Bracken, Leprosorien in den Vereinigten Staaten 193.
Bradbury 380.
Braeken, Lepra in Minnesota 194.
Brandl, F., Zur Protargolbehandlung der Urethritis blennorrhagica 399.
Braun, Histologische Untersuchungen über die Anheilung Krausescher Hautlappen 325.
Brengues und Sabrazès, Trichophytiasis profunda des Bartes 328.
Breton, Purpura und Intoxikationen 497.
Breuer, Eine neue Operation der Hypospadie der Eichel nach Bardenheuer 32.
Broca 258.
Brocq, L., Bierhefe bei Furunkulose 286.
— 129. 227. 272. 531. 532. 597.
*Broers, J., Über Haarfärbemittel 401.
Brongresma, Ein Fall von Urticaria pigmentosa 128.
Bronson, E. B., Ein Fall von Erythema induratum 432.
— Ein Fall von Pityriasis rosea bei einem Kinde 431.
— Eine polymorphe Hauterkrankung; tuberkulöse Halsdrüsen 526.
— Recidivierendes Erythema exsudativum 526.
— 430. 517. 522.
Browne, T. S. und Deane, Entfernung von 14 Harnsäuresteinen aus der Blase mit Hülfe eines improvisierten Colpeurynters 294.
Brooke 332. 485.

Browning, William, Syphilis des Nervensystems 179.
— 177. 180.
Brownlee und Thomson, Beobachtungen über eine entstehende Krankheit unter Laskaren, die enge Beziehungen zu Variola und Varicellen zeigt 147.
Bruckmayer, Einen Fall von Lichen scrophulosorum (?) 122.
— Einen Fall von Lupus erythematodes 117.
Brugsch 261. 264. 411.
Bruhns, C., Über Syphilis der Milz mit besonderer Berücksichtigung des Milztumors im sekundären Stadium der Lues 265.
De Brun, H., Ein weiterer Beitrag zur Frage des Ainhum 16.
Bruns 48.
Brush, Arthur C. 177. 180.
Brutzer, Carl, Über einen Fall von Lepra tuberosa ohne Befund von Leprabacillen und über das Vorkommen von Riesenzellen in leprösen Hautinfiltraten 384.
Bryce, W., Ekzematöser Ausschlag, hervorgerufen durch Atropin 93.
Buchwald 340.
Buck, P., Ein Fall von Blasenstein 39.
Buckmaster 196.
Bukowsky, J., Beiträge zur Lehre vom Favus 15.
Bulkley, D. L. 428. 430.
Bull, Ch. St., Syphilis des Auges und dessen Nebenorgane 583.
Bulloch und Hadley, Ein Fall von akutem Pemphigus 280.
Bumm 96.
Bunsen 292.
Burch, J. H., Ein hartnäckiger Fall von Purpura haemorrhagica 92.
Burchardt, E., Über Holzessigfarben 397.
Burdach 198.
*Buri, Th., Ein Fall von Naevus verrucosis linearis 1.
— Acanthosis nigricans 200.
— Naevus verrucosus linearis 200.
— 521.
Busch, J. P. zum, Fremdkörper in der Blase von Männern 294.
Buschke, A., Über Exantheme bei Blennorrhoe 68.
— Über Exantheme bei Blennorrhoe 126.
— 562.
Busse 329.

Cajal 307.
Caiger 141. 142.
Caird, Kongenitale syphilitische Osteitis 581.
Calderone, Die Widerstandsfähigkeit des Achorion Schönleinii gegenüber den gewöhnlichen medikamentösen Agentien 21.
— Mechanische und chemische Antisepsis bei der Behandlung des Herpes tonsurans 443.
Càllari, Die Lepra in Sizilien 443.
Calmann, Adolf, Die Diagnose und Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe 381.
Camero 293.
Campana 302. 305. 313. 316. 317.
Cantrell, Wollhaar bei einem Kinde weifser Rasse 187.
Cappadox 191.
Carmichael, Die Lepra auf den Hawaii-Inseln 192.
Caro, Langdauerndes remittierendes Fieber bei tertiärer Lues 580.
Carrasquilla 199.
Carrel und Delore, Seltene Mifsbildung des rechten Orificium uretero-vesicale kongenitale Hydronephrose 433.
Carrion 273.
Carslaw, Ein Fall von Erythromelalgie 139. 542.
Carber, R. J., Impfausschläge 150.
— 536. 287.
Cascarini, C., Die Kranken in der dermosyphilopatischen Klinik von Modena während der Jahre 1896—98, 21.
— und Vigevani, Beitrag zum Studium der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen 94.
Casper, L. 29. 35. 48. 118. 250. 290. 357.
Caspary 365. 396.
Castaigne 132.
Du Castel, Die Behandlung der Leukoplakia linguae 600.
— 217. 542.
Casteret, Atypische, schlecht charakterisierte Impferuptionen 499.
Castex, Die hereditäre Syphilis des Ohres 592.
Cawardine, T., Molluscum fibrosum kompliziert mit Neurom 332.
Cazenave 136. 326. 596.
Celsus 191.
Chambard 203.
Champion, Die endoskopische Behandlung der chronischen Urethritis 188.
Charcot 70. 533.
Charmeil, Die Serumbehandlung der Syphilis 591.
Chassaing 467.
Chauveau 69.
Chéron 226.
Chetwood, Präparat von partieller Ossifikation der Corpora cavernosa 432.
Chiari 231.
Chopping, A., Beobachtungen über 84 Fälle von Syphilis, welche durch intra-

venöse Injektion von Quecksilbercyanid behandelt wurden 243.
Chotzen, M. Die Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten 300.
Christian, Behandlung der Harnverhaltung bei Hypertrophia prostatae 226.
Christmas 127.
*Chrzellitzer, Über die therapeutische Anwendung der Eigone (Jodeiweifsverbindungen) 368.
Ciechanowski, Anatomische Untersuchungen über die Blasenatonie alter Leute, sowie über die sogenannte Hypertrophie der Prostata und einige Formen von Atrophie dieses Organs 297.
Cipriani, A. G., Beobachtungen über die polymorphe exsudative Dermatose und über den Einfluſs des Eka-Jodoforms auf dieselbe 279.
— Die Argentaminbehandlung der Leukorrhoe 269.
Clar 118.
Clarke 198. 508.
Cnopf, Blennorrhoe im Kindesalter 94.
Coales und Wright, Beobachtungen über einen Fall von Divertikel der Harnblase 292.
Cochrane, W. R., Ein Fall von chronischer Entzündung und Induration der Corpora cavernosa 249.
Cohn, Paul, Weitere Studien über Ätzschorfe 446.
Colby, Fall zum Diagnostizieren 176.
— 175.
Coley 519.
Colles 282. 396.
Collin 325.
Collins, B., 545.
*Colombini, P., Histologische Mitteilung über einen Fall von Osteosklerosis syphilitica des Stirnbeins 404.
— Bakteriologische und histologische Untersuchungen über die Bartholinitis 70.
— Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über einen merkwürdigen Fall von allgemeiner blennorrhoischer Infektion 347.
— Das Protargol bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe 399.
Colomiatti 310.
Commenge 415.
Comby 145.
Contugno 191.
Copeman 148.
Cooper, Astley 123. 350.
Cordes, A., Scharlach bei einem neugeborenen Kinde 544.
— Ein kasuistischer Beitrag zur Gummibildung im Larynx 582.
Corlett, W. T., Ein auf gewisse Gebiete beschränkter und in unregelmäſsigen Zwischenräumen recidivierender ungewöhnlicher Blasenausschlag 516.
Corlett, W. T., Lymphangioma circumscriptum cutis und der sogenannte Naevus linearis 519.
— Impetigo, Ekthyma und sogenannter Pemphigus contagiosus 281.
Coronedi 85.
Cosgrave, Zwei Fälle von Relaps bei Scharlach 142.
De Costa, Abnorme Hautausschläge bei typhösen Fiebern 450.
Le Count, Ein Fall von Noma bei einem dysenterischen Erwachsenen 284.
Cousins, Praktische Winke zur Behandlung der Harnröhrenstriktur 35.
Cowper 34.
Credé 78. 94. 417.
Crespi, Zur Behandlung der Ischurie infolge Prostatahypertrophie 298.
Crick, Einige Bemerkungen über die Behandlung der akuten Blennorrhoe 99.
— Ödematöses Fibrom der Blase 269.
Crocker, Recidivierendes, desquamatives, scarlatiniformes Erythem 128.
— Keloid 425.
— Einfluſs des Individuums auf den Charakter und die Entwickelung von Hautkrankheiten 425.
— Fall von Bromexanthem 427.
— Fall von recidivierendem, vesikulösen Ausschlag 486.
— 427. 483. 484. 485. 486. 525. 550. 577.
Crookes 138.
Csillag, J., Vier Fälle von extragenitalem weichen Schanker 125.
— Ein Fall von Tuberculosis perinei 125.
Cumstum 293.
Cunningham 287.
Cureton, E., Blute gefunden wurden; Autopsie 92.
Cusanus 77.
Czaplewski 197. 548.
— und Vanselow, Zur Lehre von den Staphylokokken der Lymphe 546.
Czermak, Über die Desintegration und die Reintegration des Kernkörperchens bei der Karyokinese 76.
Czerny, Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration 446.

Dacco, E., Das Kampfer-Jod-Guajacol bei einigen Hautkrankheiten 85.
— Über einen Fall von polymorpher Erythrodermie 271.
Dade, Ch. T., Ein Fall von „Erythème induré des scrofuleux-Bazin“ mit mikroskopischen Befunden, welche auf den nicht tuberkulösen Charakter der Affektion hinweisen 185.
— 186.
Dale 425.

Dalgliesch, J. W., Syphilitische Erkrankung des Magens 585.
Danielssen 71. 193.
Danlos 86. 217.
Darier 332. 486. 527.
Dawbarn, Die Zeichen der hereditären Syphilis 243.
Dawson, E. R., Ein Fall von akuter Purpura haemorrhagica; Genesung 91.
Deane und Browne, Entfernung von 14 Harnsäuresteinen aus der Blase mit Hülfe eines improvisierten Colpeurynters 294.
Deas, Frank, Bullöser Ausschlag nach Antipyrin bei einem Patienten mit Herpes zoster 129.
Debédat, Die Elektrolyse in der Behandlung der Harnröhrenverengerungen 36.
— Elektrolyse per rectum der hypertrophierten Prostata 200.
Decker, Friedrich 191.
Degny, Die Ausführung der Skarifikationen bei Ödemen 498.
Dehio 199. 546.
*Delbanco, E., Über die Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes 104.
*— Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes 354.
— Die Darstellung des Tuberkelbacillus im Gewebe 229.
— Referate 104. 152. 192. 236. 295. 330. 336.
— 552.
Delafield 207.
Delagenière 293.
Delore, Über die kongenitalen Vesico-Umbilikalfisteln bei Prostatikern 268.
— 547.
— und Carrel, Seltene Mifsbildung des rechten Orificium uretero-vesicale. Kongenitale Hydronephrose 433.
Demme 280.
Deperet 287. 288.
Deutsch, Eduard, Einiges über Harnröhrenstrikturen überhaupt und solche seltenerer Form 14. 72.
Devergie 278. 595. 596. 597.
Dick, W. 379.
Dienst, Arthur, Über Atresia ani congenita nebst Mitteilung eines Falles von Atresia ani urethralis 152.
Dieterich 368. 371.
Dieulafoy 145.
Dingle, Ein kurzer Bericht über die Pockenepidemie in Middlesbrough 1897 bis 1898 S. 148.
Dobson, M. 191.
Dodonaeus 70.
Donáth 240. 241. 246.
— und Hültl, Ein Fall von Neuralgia spermatica. Resektion des Nervus lumboinguinalis und Nervus spermaticus externus 350.
van Dort, Broes, Historische Studien über Lepra, besonders mit Rücksicht auf ihr Vorkommen in Niederländisch-Ostindien 23.
— Zur Ätiologie des protrahierten Verlaufes der ersten Latenzperioden der Syphilis 181.
Doutrelepont, Tuberkulinwirkung bei Lupus 550.
— von allgemeiner Sklerodermie 551.
— 25. 415.
Downes, A., Bottinis Operation gegen Prostahypertrophie mit Anführung von bezüglichen Fällen 45.
— Die Bottinische Operation 226.
Drobny 347.
Drysdale, C. R., Prostitution und Geschlechtskrankheiten in England 474.
— 379.
Dubois-Havenith 414.
Dubreuilh 281. 536.
Duchastelet, Einführung der zur Lithotripsie notwendigen Instrumente unter Leitung eines vorher eingeführten Katheters 440.
— Ein Fall von Lithotripsie, bei welchem die Blase ausschliefslich durch die Wirkung eines Antipyrinklystiers vollkommen empfindungslos war 440.
Duclaux 287.
Ducrey 125. 496.
v. Düring, Plica polonica 400.
Duhring, L. 136. 137. 327. 515. 516. 517. 518. 519. 522. 524. 577.
Duplay, Ektopia testicularis inguinalis 294.
Durand, Über drei Fälle von Induration der Corpora cavernosa 578.
Durante, D., Raynaudsche Krankheit bei neugeborenen Kindern 89.
Durlacher, H., Beitrag zur Behandlung der Hämorrhoiden mit Injektion von Karbolglycerin 336.
— Referat 449.
O'Dwyger 379.
Dyen, Ein Fall von Dermatitis pilaris capillitii 225.
— 175.

Ebner 406.
Echtermeyer, Ein Rencontre mit dem Naturheiligen Canitz 300.
Eddowes, Fall von Lichen planus 424.
— Totale Alopecie, Leukoderma und Sklerodermia 483.
— Fall von Leukoderma der Kopfhaut 484.
— Fall von Lupus vulgaris 484.
— 309. 437.

Edinger 238.
Ehlers, Der Aussatz in Dänisch-Westindien 195.
— Dänische St. Jörgenshöfe im Mittelalter 195.
— Syphilis in Kopenhagen 230.
Ehrlich 136. 221.
Ehrenhaft, L., Endemisches Auftreten der Alopecia areata 340.
Ehrmann, Sykosis parasitaria der behaarten Kopfhaut 281.
— 89.
Eichhoff 27. 204. 571.
Eichholz 345.
Eichstädt 598.
Eichtmayr, Joseph, Referat 60.
Eilschon 75.
Einhorn 49.
Einsler 572.
Elliot, G. T., Ein Fall von Bromkaliumausschlag 428.
— Keratosis follicularis 527.
— Über eine Behandlung des Lupus erythematosus 529.
— 153. 520. 521. 530.
Ellis, D. L., Die Behandlung des Ekzems 598.
Engelmann 354.
Enriquez 291.
Eonnet d'Auvay 145.
Erb 239.
Ernst 314. 569.
D'Espines 146.
Eulenburg 225. 226. 594.
Ewing 186.

Fagge 203.
Fasano 88. 89.
Faussié und Blanc, Über Syphilis nasalis acquisita 131.
Fehling 345.
Feige, Ein Fall von Phlegmone des Halses 284.
Feltz, Über das gleichzeitige Vorkommen von Varicellen, Masern und eines scharlachartigen Rashs 146.
Fenwick, Hurry, Klinische Bemerkungen über die Katheterisation der Ureteren beim Manne bei elektrischem Licht 47.
— 145.
Féré, Priapismus epilepticus 250.
Ferrari 443.
Ferrier 70.
Fiause 415.
Fiaux, Ist die ärztliche Kontrolle der Prostitution verbesserungsfähig 418.
Ficalbi, Über einige blutführende Gefäfse der Haut bei Hyla viridis 397.
Fiedler, Die Wirksamkeit der Glycerinlymphe, die von den Vaccinatoren des New Yorker Gesundheits-Departements bei Erstimpfungen gebraucht wird 151.
Finger, Ist die ärztliche Kontrolle der Prostitution verbesserungsfähig? 418.
— 222. 258. 563.
Finsen, N. R., Mitteilungen von dem Finsenschen medizinischen Lichtinstitut 75.
— 75. 230. 533. 534. 550.
Fiocco, Behandlung eines Falles von akuter Quecksilbervergiftung durch Blutausspülung 84.
— Über die Wirkung des Sublimats auf das Blut 271.
Fiorentini, Cow-Pox und humanisierte Vaccine 152.
Fitchener 225.
Flemming, Ein Fall von Herpes ophthalmicus mit Keratitis und Hypopyon 140.
— Scharlachfieber eine lokale Krankheit 140.
— 105. 207. 210. 211. 302. 304. 305. 313. 356. 406.
Flindt 543.
Florence 41.
Flügge 498.
Förster, Fritz, Zur Pathologie der Masern 143.
Folger, C., Über Sepsis bei Masern 144.
Fordyce, J. A., Lupus erythematosus bei einer tuberkulösen Patientin nebst Autopsiebericht 521.
— Ein Fall von Lichen planus universalis mit plötzlichem Exitus letalis; Sektionsbericht und histologische Untersuchung der Hautläsionen 524.
— Lichen planus hypertrophicus 524.
— Symmetrische Hautatrophie 527.
— Demodex Folliculorum 530.
— Ansprache des Präsidenten der 23. Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Vereinigung 537.
— 101. 357. 359. 516. 518. 522. 523. 552.
Le Fort 31.
Fournier, A., Die soziale Gefahr der Syphilis 415.
— Behandlung der Syphilis des Mundes und des Rachens 593.
— Leukoplasiforme Syphilide oder Parasyphilide des Mundes 594.
— 33. 241. 395. 414. 415. 418. 419.
Fowler 92. 274. 380.
Fox, C., Melanotisches Sarkom 427.
— Kind mit Dysidrosis und universellem circinären, makulösen Erythem 485.
— 485.
Fox, G. H., Die Differentialdiagnose der syphilitischen Exantheme und die cutanen Zeichen früherer Syphilis 231.
— Ein Fall von Psoriasis der Nägel 429.
— Behandlung von Naevus durch Elektrolyse 525.

Fox, G. H., Lineare Hautatrophie 526.
— Pityriasis rubra pilaris (Lichen ruber) 527.
— Ernährungsstörung der Haare 527.
— Adenoma sebaceum 527.
— Fall von Vitiligo und Morphoea 529.
— 429. 518. 522. 528.
Fraenkel, Joseph, Syphilis und Gesichtslähmung 242.
Fraenkel 238.
Fränkel, Eugen 38.
François und Pagliano, Purpura infectiosa im Verlauf einer ulcerös-membranösen Stomatitis 92.
Frank, Zur Prophylaxe des Trippers 351.
— 346. 417.
Frankl-Hochwart und O. Zuckerkandl, Die nervösen Erkrankungen der Blase 27.
Fraser 180. 181.
Freudenberg, Die Behandlung von Hämorrhoidalzuständen mit Zymoidin-Rosenberg 336.
— 45. 46. 47. 78. 226. 299.
Freund, Leopold 64. 65.
Frey 225. 308.
Freyer, O. J., Steine im Ureter 343.
Freyer, P. J., Die Behandlung von Blasensteinen 40.
Freymuth 284.
Fricke, Über Naftalan und seine Verwendbarkeit bei Hautkrankheiten 87.
Friedländer, M., Fremdkörper in der Harnröhre 268.
— 398. 399.
Fripp, A. D., und F. Taylor, Ein Nierenstein durch Röntgenstrahlen entdeckt und erfolgreich entfernt 49.
Frisch, A., Über Bottinis galvanokaustische Incision der hypertrophierten Prostata 46.
— 398. 492. 493.
Fromaget, Iritis und Neuritis optici blennorrhoica 95.
— Ein Fall von schwerer Augensyphilis 237.
Fuchs, Alfred, Therapie der anomalen Vita sexualis bei Männern 75.
Fürbringer, P., Zur mechanischen Behandlung des Hautödems (subcutane Schlauchdrainage) 90.
— 417. 447.
Funk 532.

Gabel 112.
Gaither, Bradley, Arthritis blennorrhoica 349.
Galen 78.
Gallemaerts 204.
Galli, Beitrag zur Behandlung der Pellagra 90.
Galloway, Lichen annularis: Ein ringförmiger Ausschlag der Extremitäten 130.
— Fall von Lichen spinulosus 484.
— Klinische Beobachtungen 537.
— 434. 536.
Ganz, H., Mitteilung über einige seltene Komplikationen bei Masern 543.
Garbarini 254.
Gase 400.
Gassmann, A., Kasuistischer Beitrag zur Psoriasis 488.
Gaucher, Die Verwendung des Quecksilbers bei der Behandlung der Syphilis 589.
— Behandlung der syphilitischen Alopecie 592.
— und Bernhard, Fall von parenchymatöser Nephritis 542.
Gawronsky 346.
Geber 203.
Gémy, Zur Geschichte der Lepra 71.
— Historische Betrachtung über die Lepra 192.
— 190.
Gerard, F., Masern bei einem Säugling 144.
Gerhardt, C., Bemerkungen über Masern, Scharlach und Pocken. Zur Immunitätsfrage 142.
Gerlóczy 450.
Gerson, Naevus pigmentosus verrucosus unius lateris 170.
— Cornua cutanea penis 424.
Geyer 205.
Gibert 595. 596.
Gierdoyes 479.
van Gieson 256.
Gijselman, H., Über Anwendung der Kakodylsäure in der Behandlung von Hautkrankheiten, namentlich der Psoriasis vulgaris 86.
Gilbert, Über die tertiäre Syphilis der Sinus und ihre hauptsächlichsten Komplikationen 582.
Gilchrist, J. C., Sind die aus pigmentierten Mälern entstehenden Neoplasmen Carcinome oder Sarkome etc.? 517.
Gilchrist, T. C., Lichen scrophulosum bei einem Negerkinde 523.
— 434. 518. 519. 521. 522. 523. 524.
Gintrac 145.
Giovannini, Desinfektionsversuche von mit Eiter aus venerischen Ulcera infizierten Wunden mittelst gewöhnlicher Seife 283.
— 302.
Giria 547.
Given, Klinische und mikroskopische Varietäten des Ringworms 534.
Glück, L., Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Bosnien und der Herzegowina 473.

Glück, L. 443. 452. 477.
Globig, Die deutsche Marine und die Pocken 147.
Gnier, H. 379.
Gocht, Anklage wegen fahrlässiger Körperverletzung nach Anwendung der Röntgenstrahlen (Röntgendermatitis) 52.
Goebel, Spontane Gangrän bei einem Kinde auf Grund einer Gefäfserkrankung 338.
Görl 118.
Götz, Referate 20. 32. 35. 36. 43. 44. 45. 48. 82. 85. 87. 90. 94. 95. 133. 136. 138. 142. 150. 183. 193. 200. 244. 249. 278. 282. 286. 291. 292. 293. 334. 339. 343. 352. 397. 399. 441. 444. 445. 497. 498. 541. 542. 545. 546. 549. 581. 583. 589. 592. 593. 594. 595. 599. 600.
Goldberg, B., Beitrag zur Behandlung der Urogenitaltuberkulose 247.
— Prostata und Blennorrhoe 127.
— 78.
Goldenberg, Morbus maculosus Werlhofii 498.
Golding-Bird, Ein Fall von multiplen Prostatasteinen 44.
Goldmann 88. 89.
Goldschmidt, Hugo, Beitrag zur Behandlung der Psoriasis 574.
Goldschmidt, J., Der nasale Ursprung der Lepra 198.
Goll 196.
Goodale, J. L., Ein Fall isolierter Urticaria der Zunge, verbunden mit Achlorhydrie 497.
Gorowe 239.
Gottheil, W. S., Gummöse Periostitis und Ostitis nebst Bericht über einen Fall von Perforation der Schädelhöhle 237.
— Zungengumma 234.
Gottstein, G., und M. Blumberg, In wieweit können wir unsere Hände sterilisieren? 552.
Gould, P., Lupus, behandelt mit Thyreoidkolloid 230.
Gouley 31.
Mac Gowan, Ein neues Agens zur Beseitigung der Alopecia areata 184.
Gowers 5.
Gracianski 479.
Gram 96. 108. 221. 257. 280. 314. 440. 494. 570.
Grant, L., Bemerkungnn über tuberkulöse und syphilitische Erkrankungen des Auges 584.
McGrath, J. J., Über einen Fall von Blasentuberkulose etc. 293.
Gregor, Über die quantitative Bestimmung der reduzierenden Substanzen im Harne nach dem Verfahren von Zdenek Peska 14.
Greenberg, Harry, Vaginitis blennorrhoica und ihre Behandlung 348.
Gregory, W. H., Diphtherie der Urethra 289.
Greiffenhagen 293.
Griffith 410. 411.
Grijns, Jahresbericht des Parc Vaccinogène zu Weltevreden (1895—97) 148.
Grimm, Über die Verwendung von Aethal (Cetylalkohol) in der Hautpflege 70.
Griwzow, G. N., Beitrag zur Kasuistik der aufsergewöhnlichen Lokalisationen der allgemeinen Syphilis. Zwei Fälle von syphilitischer Cystitis 540.
Grosse, St., Die therapeutische Bedeutung des Tannoforms 88.
Grosz, Siegfried, Über Beziehungen einiger Dermatosen zum Gesamtorganismus 444.
— 451.
Groves, E. 545.
Grünbaum, Carl, Zur Behandlung der Blennorrhoe beim Manne mit Metallsalzen. (Zn. Hg. Bi. Ag.) 352.
Grüneberg 574.
Gruenfeld, J., Das Naftalan in der Therapie 448.
Guarnieri 545.
Guenther 516.
Guiteras, Ramon, Die Technik der Bottinischen Operation 298.
— Über einen Fall von suppurativer Prostatitis 432.
Gussenbauer, Über die Behandlung der Gangrän bei Diabetes 337.
Gull 202. 203.
Gussmann und Schenkel, Ein Beitrag zur Behandlung der Hautkrankheiten mittelst Röntgenstrahlen 80.
Guyon, Technik der Lithotripsie 131. 182.
— 27. 30. 293. 399. 541.
Guzzetti 284.

Hadden, W. B. 70.
Hadley und Bulloch, Ein Fall von akutem Pemphigus 280.
Hägler 446.
Hahn, F., Referate 14. 26. 31. 36. 39. 41. 42. 51. 52. 75. 80. 83. 84. 85. 87. 90. 93. 127. 140. 141. 142. 143. 144. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 193. 228. 232. 234. 235. 237. 238. 249. 269. 271. 273. 278. 280. 283. 284. 285. 289. 290. 292. 296. 297. 300. 325. 326. 331. 232. 335. 337. 339. 340. 342. 345. 346. 400. 434. 447. 450. 498. 543. 544. 546. 551. 580. 582. 587. 600.
Hahn, R., Einige syphilitische Erkrankungen im Röntgenbilde 231.
Hajual, Ein Fall von Pellagra mit transitorischer Manie 452.

Hall-Edwards, Die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen auf Lupus 380.
Hallopeau, Was läfst sich gegen die Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten durch die Männer thun? 532.
— 118. 128. 136. 137. 258. 259. 423. 482. 520.
Hamburger 271.
Hansen, Armauer, Überblick über die Ursache des Abnehmens der Lepra in Norwegen 198.
— 71. 197. 439 548.
Hardaway 515. 522.
Hardy 302. 596.
van Harlingen, A., Moderne Anschauungen über Ekzem und ihr Einfluſs auf dessen Behandlung 276.
— Die Diagnose der nicht durch Geschlechtsverkehr erworbenen Syphilis im frühen Stadium 232.
— 518.
Harnack, Die Arsenvergiftung 447.
Harris, Instrument, welches den Urin aus jedem Ureter gesondert auffangen soll 433.
Harrison, Fälle von Blutung mit starker Ausdehnung der Harnblase bei Männern 289.
Hartzell 517. 520.
Haslund, A., Vaccina generalisata und Pathogenese 60.
— Ein Simulant. Stomatitis et bullosa artificialis 135.
— Vaccina generalisata und deren Pathogenese 126.
— Über den extragenitalen Schanker, dessen Häufigkeit und seine Bedeutung für den Verlauf der Syphilis 232.
Hauč, Ein Knopflochstecher in der Harnblase eines 15jährigen Mädchens 294.
Hauser 30.
Haushalter 317.
Haussmann 351.
Havas, Über Xeroform 89.
— Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentodes cutis 118.
— 118. 119. 121. 122.
Havers 407. 408.
Hayden, Äufsere Urethrothomie 289.
Hayem 72.
Hebra, F. 86. 203. 227. 276. 281. 301. 376. 393. 523. 529. 597. 598.
Hebra, Hans, Behandlung des Lupus erythematosus 339.
Hecker 182. 483. 529. 560. 562.
Heddaeus, Klinische Erfahrungen über zwei Ersatzmittel des Jodoforms: Amyloform und Jodoformogen 85.
— 292.
Hegge 440.
Hertwig 364.
Hess, L., Zur Impftechnik 150.
Heubner, Urotropin in der Kinderpraxis 291.
*Heuss, E., Über chronische Primeldermatitis 3.
*— Über Paraplaste 65.
— Alopecia areata capitis 340.
— Zwei Fälle von Lupus erythematodes faciei 339.
— 57. 273. 274.
Heymann, Ph., Die im Verlaufe der Masern auftretendrn Ohrenkrankheiten 543.
Hjelman 585.
Hitschmann und Kreibich, Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie des Ecthyma gangraenosum 569.
Hilpert 95.
His, Wilhelm, Über Elasticität und elastisches Gewebe 77.
His 502. 503. 507. 509.
Hirsch, John, Referate 170. 423. 562.
Hirsch 241.
Hochsinger, Carl, Zur Pathogenese der kongenitalen Frühsyphilis 181.
— 533.
Hodara, M., Beitrag zur Histologie des Unterschenkelekzems und der Dermitis varicosa eccematiformis 224.
— 492.
Hodgkinson 508.
Hoeffel, Soll man, vom rein ärztlichen Standpunkte betrachtet, die öffentlichen Häuser beibehalten oder unterdrücken? 491.
*Höfler, M., Über die Methode der Quecksilber-Einreibungskuren im Bade Tölz (Krankenheil) 553.
Hoffa, A., Zur Schmierseifenbehandlung der tuberkulösen Lokalerkrankungen 229.
— 52.
Hofmann 568. 569.
Holder, O. H., Ein Fall von idiopathischer Hautatrophie 428.
— 521. 530.
Hollaender, Der elektrische Mikroheifsluftkauter 71.
— Nasenlupus 173. 230. 549.
— 173. 534.
Holland, C. Th., Lupus, behandelt mit Röntgenstrahlen 229.
— Lupus, behandelt mit Röntgenstrahlen 551.
*Honkamp, Ist es unwissenschaftlich, die Bezeichnung „elastisches" Bindegewebe und „Elastin" beizubehalten? 502.
Hopf, Referate 22. 24. 27. 32. 41. 52. 76. 79. 82. 83. 93. 100. 138. 142. 144. 145. 146. 148. 191. 193. 194. 195. 196. 297. 199. 226. 228. 229. 230. 234. 236. 243. 247. 276. 281. 284. 286. 295. 298. 331. 334. 335. 343. 346. 347. 348. 351. 352. 400. 414. 447. 449. 473. 490. 500. 574. 581. 589. 592. 598.

van Hoorn 293.
Horand 596.
Horbaczewski 445.
Hornenke 479.
Hotchkins, R., Ein Fall von Hämatoporphyrinurie 50.
Hoven, Über die Wirkung des Lycetols bei der harnsauren Diathese 51.
Howard 139.
Huber, Alfred, Einen Fall von Erythema nodosum und Lues recens bei einem Individuum 122.
— Einen Fall von Perifolliculitis suppurativa und framboesiformen Gebilden im Anschlusse an ein Ekzem 117.
— Perifolliculitis suppurativa und framboesiforme Vegetationen im Anschlusse an Ekzem 220.
— Über Blennorrhoea recti 348.
Hückel, A., Die Vaccinekörperchen nach Untersuchungen an der geimpften Hornhaut des Kaninchens. Ein experimenteller und kritischer Beitrag zur Frage nach dem Kontagium der Vaccine 22.
Hültl und Donath, Ein Fall von Neuralgia spermatica. Resektion des Nervus lumboinguinalis und Nervus spermaticus externus 380.
Huldschiner, R., Zur Katheterdesinfektion 247.
Hutchins, M. B., Der wechselnde Widerstand, dem man bei der Elektrolyse begegnet, und die Notwendigkeit des Gebrauches eines Galvanometers 183.
— 523.
Hutchinson, J., Nagelerkrankungen mit besonderer Beziehung auf ihre symptomatische Bedeutung 486.
— 120. 203. 223. 225. 243. 415. 426. 437. 523. 550. 581.
Hutchinson jun., J., Epitheliom des Penis 240.
Hyde 519. 524.
— L. Hektoen und A. D. Bevan, Ein Beitrag zum Studium der blastomycetischen Dermatitis 434.
— und Montgomery, Ein Beitrag zum zum Studium des sogenannten prämykotischen Stadiums der Mykosis fungoides 184. 518.

Jack 487.
Jackson, G. T., Ein Fall von sogenanntem Ekzem der Nägel 429.
— Fall von Lepra anaesthetica 528.
— Pityriasis rubra pilaris 429. 519. 522. 529. 530.
Jacobsohn 95. 575.
Jacquet 217. 332. 351.
Jadassohn, Postlupöses Ödem 91.
— Lepra maculo-anaesthetica 198.
Jadassohn, Tuberculosis multiplex subcutanea 228.
— Über die Fortschritte in der Auffassung und Behandlung der Ekzeme 274.
— Lymphangitis blennorrhoica dorsalis penis 348.
— Ist die ärztliche Kontrolle der Prostitution verbesserungsfähig? 418.
— Lichen ruber planus 482.
— Akrodermatitiden 482.
— Erythema induratum 482.
— Lupus erythematosus 482.
— 81. 222. 339. 349. 365. 488. 549. 563.
Jänner, Protargol in der Ophthalmotherapie 100.
James 205.
Jameson 301.
Jamieson, W. A., Die Ursache des Wiederauftretens der Pediculi vestimentorum nach scheinbar gründlicher Behandlung 129.
Janet 31. 34. 78. 97. 98. 99. 270. 351. 382. 488. 538.
Janni, J., Über die Resorptionskraft der Harnblase und die Wege, auf welchen diese Resorption zu stande kommt 290.
Janovsky 15.
Japha, Ein Fall von Rückmarkssyphilis mit Höhlenbildung 237.
Jarisch 384.
Jastebrow 487.
Jeanselme, Der Hansensche Bacillus und die durch ihn hervorgerufenen Gewebsläsionen 197.
— und Marie, Über die Läsionen der Hinterstränge des Rückenmarks bei Leprakranken 198.
— und Morax, Die Veränderungen am Auge bei der Lepra 198.
Jellinek, Über ein neues „Argonin"-Präparat 81.
Jendrassik 239. 240.
Jenner 149.
Jersild, O., Referate 75. 135. 233. 336. 588. 589.
— 75.
Jessner, Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung 210.
— Referate 15. 16. 23. 32. 33. 43. 47. 72. 75. 76. 77. 80. 86. 88. 89. 95. 134. 182. 196. 247. 269. 270. 274. 280. 281. 285. 293. 294. 298. 332. 333. 334. 335. 337. 338. 339. 340. 344. 350. 352. 398. 400. 444. 446. 448. 452. 533. 541. 545. 548. 574. 575. 580. 582. 590.
Iljisch, Osteomyelitis syphilitica antibrachii 487.
Imerwol und Bogdan, Die Urethritis blennorrhoica der kleinen Knaben 223.
Inkic 474.
Jochheim 86.
Jolles 83.

Johnston, G. J., Epithelioma der Lippe bei einem 18jährigen jungen Manne 330.
Johnston, J. C., Erythema induratum und nekrotisches Granuloma bei einem und demselben Patienten 186.
— Eine papulöse persistierende Dermatose; ein Bericht über eine noch nicht beschriebene Erkrankung 523.
— Fall von Trichophytie der Nägel 530.
— Fall von Prurigo mitis (Hebra) 529.
— Masern und Scharlach bei ein und derselben Person gleichzeitig auftretend 544.
— 429. 515. 518. 523. 524. 530.
Jones, C. B., Ein Fall von Hämophilie 91.
Jones, O. L., Hämorrhoiden, ihre Ursache und Behandlung 336.
Jones, Robert, Kastration bei Prostatavergrößerung 298.
Jordan, A., Referate 84. 174. 198. 233. 234. 283. 347. 487. 498. 548. 549. 580. 581. 585.
Jose 301.
Joseph, M., Über Keloide 493.
— Lichen ruber verrucosus 414.
— 171.
Jourdanet, Ein Fall von Lepra 547.
Isaac II, Xerodermia pilaris 424.
— Psoriasis vulgaris und gleichzeitig bestehendes gummöses Syphilid 173.
— Elephantiasis scroti et penis 593.
Jullien, L., Tripper und Ehe 134.
— Zur Kasuistik des phagedänischen Schankers 329.
— Die Venerischen zu Saint-Lazare 479.
— 63. 64.
— und Thuvien, Ein Fall von Syphilis hereditaria mit Reinfektion und tödlichem Ausgang 189.
Jürgensen 543.
Jurking 476.
Justi, Über den äußeren Milzbrand des Menschen 271.
Iversing, Totale syphilitische Alopecie der Cilien 578.
— und Audry, Über ein primäres isotiertes syphilitisches Gumma einer Mandel 578.
— — Epitheliom auf dem Boden eines Lupus des Mundrachenschleimhaut 578.

Kaczkowski, Carl, Eine neue Methode der Harnblasendrainage nach hohem Blasenschnitt zur Verhütung der Harninfiltration 292.
Kaelin-Benziger, „Paracelsus", neues Privatkrankenhaus und Angenheilanstalt in Zürich 273.
Kahane, M. 329. 395.
Kain, J., Einen Fall von recidivierenden Morbilli 543.
Kalindéro, Die spinalen Manifestationen des Trippers 350.
— 351.
Kalischer, S., Zur Kasuistik der Sklerodaktylie 336.
Katten-Bräker und Below, Einige Beispiele von der Anwendung und Wirkung der Lichttherapie bei verschiedenen Krankheiten 447.
Kapesser 229.
Kaposi, M., Hyperidrosis spinalis superior 474.
— Über das Erythema solare 499.
— Welche allgemeine Maßregeln von der Prostitutionsfrage sind zu ergreifen, um die Ausbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten wirksam zu bekämpfen 422.
— 63. 64. 87. 117. 118. 119. 203. 220. 281. 288. 302. 332. 333. 384. 427. 490. 521. 549. 597. 598.
Karg 258.
Karvonen, J. J., Zur Frage der Pathogenese der hereditären Syphilis 533.
— 181. 533.
Kaufmann, R., Untersuchungen zur Ätiologie der Impetigo contagiosa 493.
Kayser, Über Hodensarkome 271.
Kehrer 417.
Keith, A. D., Dislokation eines Testikels 42.
Kelly 290. 291.
Kende, M., Über die Ätiologie der Tabes 238.
Kennan, Scharlachrückfälle 141.
Kennedy, Sekundäre Hauttuberkulose 226.
Kent, St., Der spezifische Organismus der Lymphe 151.
— Das Virus der Vaccine und seine Kultivierung 151.
Kedrowsky, J. W., Pathologisch-anatomische Untersuchung eines Falles von „Cystitis emphysematosa" 88.
Kiefer 488.
Kirchgaesser 438.
Kirk, R., Über akute Erkrankungen der Haut und der Schleimhaut des Mundes im Anfangsstadium des Myxödems etc. 341.
— Über die Wirkungen der Primula obconica auf die Haut 499.
Kisch, J., Über Urethroskopie 118.
Klein, Ein Fall von Pubertas praecox 51.
— 104.
Klein, S. 395.
Klien 63. 64.
Klingmüller, V., Jodipin in subcutaner Anwendung bei tertiärer Lues 592.
Klippel und Aynaud, Die Facialislähmung infolge von Herpes zoster 541.
Klotz, Rhinosklerom 526.
— Psoriasis mit Beteiligung der Finger- und Zehennägel und Schwellung der Endphalangen der Finger 527.
— Mißbildung der Fingernägel und Eccema digitorum 528.

Klotz, Fall von kongenitalem universellen Xeroderma oder Ichthyosis 528.
Knauff 447.
Knickenberg 258. 259.
Knöspel, Zur Behandlung des Scharlachs und einige besondere Scharlachanfälle 142.
Koch 198.
Koch, R. 199. 258. 481.
Kocher 31. 483.
Köbner 15. 24. 119. 565. 566.
Köhler, Über die Diagnose und Pathogenese akuter Blasenbildungen der Haut, nebst kasuistischem Beitrag zur „Febris bullosa 280.
Kölbl, F., Die harnsaure Diathese 345.
Kölliker 58. 104. 308. 360. 361. 362. 363. 364.
König 36. 37.
Koerte 251.
Kolisko 124.
Kollmann, Intraurethrotomie bei weiten Strikturen 325. 326.
— 34. 229.
Koplik 143. 523. 543.
Kopytowsky, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Psoriasis 532.
Korányi 240.
Kornfeld, F., Erfahrungen mit Largin 86.
Kornfeld 79. 99.
Koschevnikov, Zur Kenntnis der Hautdrüsen der Apidae und Vespidae 397.
Kotlias 598.
Kowarski 487.
Kracht, Akroangioma cutis haemorrhagicum oder Sarcoma cutis multiplex idiopathicum 174.
Krafft-Ebing 75.
Kraske, Behandlung der Prostatahypertrophie 44.
Kraus 541.
Krause 325. 364.
Krauss 284.
Krawkow 345.
Kreibich, K., Über „Urticaria chronica“ 68.
— und Hitschmann, Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie des Ecthyma gangraenosum 569.
Kreissl, Die galvanokaustische Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie 298.
Krieg, E. 356.
Krogius, Ali, Einige Bemerkungen über die Bakteriurie 269.
— 269.
— und Wallgren, Bemerkung über den Antagonismus zwischen Bacterium coli und den anderen Harnbakterien 440.
Kromayer 82. 274. 302. 303. 307.
Kroimoff, Das Natron salicylicum beim Furunkel und Karbunkel 286.
*Krzyształowicz, F., Zur Histologie des Xanthoma glycosuricum 201.
Kümmell 353.
Küttner, Zur Verbreitung und Prognose des Peniscarcinoms 325.
Kummerfeld 168.
Kuznitzky 302. 320. 574.

Labbé, Die Seifen vom medizinischen Gesichtspunkt betrachtet 449.
Lambkin, F. J. 379.
Lanceraux 582.
Lang, E. 15. 63. 270. 534.
Langerhans 312.
Langhans 330.
Langlebert 448.
Lanz, A., Die Behandlung der Stomatitis mercurialis 17.
— Über die Lagerung der Gonokokken im Trippersekret 347.
— Über die Färbung des Trippersekretes mit Anilinfarbengemischen 95.
Lapowski, B., Die Behandlung der Syphilis 590.
— Vormykotisches Stadium bei Mykosis fungoides 525.
— Dystrophie der Nägel 525.
— 525.
Larbé, Haarfärbemittel 100.
Larsen, A. 75.
Lassar, Die dermatologischen Komplikationen des Diabetes und ihre Therapie 137.
— 129. 171. 172. 290. 286. 415. 550.
Laviroth 547.
Ledermann, Lupus pernio 423.
— Periostitis syphilitica 423.
— 63. 64. 423.
Lée, Ein Fall von Bakteriurie 441.
Legue 190.
Leichtenstern, Über Harnblasenentzündung und Harnblasengeschwülste bei Arbeitern in Farbfabriken 39.
Lejeune 414.
Leigthon, R., Ein Fall von recidivierender Vergift. durch Primula oboonica 134.
*Leistikow, Leo, Über Vasogenum spissum 323.
*— Tintenbäder und Tintenumschläge 513.
— 66.
Leloir 217. 225. 302. 521.
Mac Lennan, W., Über die Behandlung des Myxödems mit einem neuen Schilddrüsenpräparat (Thyroglandin) 342.
Lenhartz 95.
Lépine 546.
Lepler 400.
Leredde, Über Hämatodermitis toxischer Natur 136.
— Behandlung des Ekzems mit Höllenstein 276.
— Zur Frage der parasitären Natur des Ekzems 72.
— Über den Pemphigus foliaceus Cazenave 326.

Leredde 217. 276.
Lermocier 455.
Lesser, E., Angioelephantiasis der rechten unteren Extremität 172.
— Welche allgemeinen Maßregeln gesetzlicher Natur sind, abgesehen von der Prostitutionsfrage, zu ergreifen, um die Ausbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten wirksam zu bekämpfen? 422.
— 63. 173. 224. 415. 423. 424. 481.
v. Lesser 447.
Lesshaft, A., Zur Protargoltherapie 88. 399.
— 349.
Levi, Leo, Bakterienformen im Blute der Syphilitiker 442.
— Versuche über eine neue therapeutisch-prophylaktische Behandlung der Syphilis und über Syphilisbakterien 480.
*Levin, Ernst, Weitere Mitteilungen über die Beteiligung des weichen Gaumens bei der Stomatitis mercurialis 60.
Levy 548.
Lewers, A., Eine Beobachtung über Leprafieber 536.
Lewin, A. 424.
Lewin, G. 16. 333.
Lewis, B., Die Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie durch Elektroincision. Demonstration des Freudenberg-Bottinischen Incisors, Anführung der Kasuistik 45.
v. Ley 16.
Ley 16.
Leyden 246.
Libman, Der Wert der Koplikflecke für die Frühdiagnose der Masern 143.
Lichtenstern, E., Zwei Fälle von blennorrhoischer Allgemeininfektion (blennorrhoische Arthritis und blennorrhoische Iritis 95.
Lieberson, E. A., Über die Anwendung des heißen strömenden Dampfes in der Dermatotherapie 79.
— Über die Anwendung des heißen Dampfes bei manchen Hautkrankheiten 79.
Lier 417.
Lindström 287.
Lipman-Wulf, Beobachtungen bei einer vor 14 Jahren Nephrektomierten 433.
— Über Auftreten von universellem Exanthem nach lokaler Anwendung von Jodvasogen 385.
— Vitiligo 172.
Lisanti, Über einen Fall von syphilitischer Ulceration des großen Netzes mit nachfolgender Perforation und Invagination des Dünndarms 583.
Lissauer, Über das Verhältnis von Leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris 599.
Lister 148. 149.
Little, G., Fall von ulcerierender Hautaffektion an den Fingern und Zehen 426.
— Fall zur Diagnose 485.
Littré 33. 34.
Locht, Über Lepra 546.
Lochte 105. 356.
Loeb, R., Über tingible Körperchen in syphilitischen Produkten 574.
Löblowitz 446. 447.
Löffler 257. 286. 381. 398. 569.
Loewald, Über den heutigen Stand der Hereditäts- und Kontagiositätsfrage der Lepra 546.
— Beitrag zur Diagnostik der Hautgummen 570.
Loewe 301. 311.
Löwenbach, G., Über Acne urticaria 219.
Loewenhardt, Über einige Hülfsmittel bei der Litholapaxie 325.
— Über die Orientbeule 287.
Lohnstein, H., Mitteilungen über technische Verbesserungen 31.
Lohnstein, Ein Universalinstrument zur Behandlung der Harnretention bei Strikturen und Prostatahypertrophie 35.
— Über die Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini 45.
— 99.
Lohnstein, Ph., Ein neues Gährungssaccharometer 49.
Lombroso 481.
Lomer 144.
Longard, C., Ein Fall von Blasen- und Ureterstein 40.
Lonth 261.
Lop, Meralgie paresthésique 52.
— und Monteux, Ein Fall von Scarlatina in mehreren Schüben 141.
Loumeau, Über die Circumcision nach der Methode Rebreyends 32.
— Weitere Ergebnisse der Kastration und der Resektion der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie 44.
— Blasenstein und Neurasthenie 293.
Low Harold, Ein Fall von Scharlachfieber mit akuter eitriger Mittelohrentzündung und akuter hämorrhagischer Septikämie, behandelt mit Antistreptokokken-Serum, Heilung 141.
Lowe, Impfung und Impfnarben 148.
Lucas, Clement, Blennorrhoische Gelenkerkrankungen im Anschluß an purulente Ophthalmie 349.
Luithlen, Friedrich, Zur Pemphigusfrage 383.
— 70.
Lustgarten, Colloidmilium 525.
— Lepra 528.
— Lupus erythematodes confluens 525.
— Melanosis cutis; atypischer Morbus Addisonii 528.
— Röntgenstrahlendermatitis 529.
— 430. 579.

Lutz 197.
Lydston, G. Frank, Ein Überblick über meine Erfahrungen mit der Urethrotomie interna anterior 252.

Mac Donald, Dermatologische Instrumente 225.
— 226.
Mackenzie, St., Fall von „Keratosis follicularis“ 486.
— Fall von Dermatitis gangraenosa 486.
— 485.
Macleod, Beobachtungen über einige neuere Methoden der Behandlung des Lupus vulgaris 533.
Mader, Josef, Kasuistische Mitteilungen aus der k. k. Krankenanstalt „Rudolfstiftung“ 400.
Magnus, Über die Entstehung der Hautödeme bei experimenteller hydrämischer Plethora 90.
Mahler, Über Jodoformogen 85.
Mahon, E. E., Verhütung und Behandlung der Syphilis in der Marine und dem Heere 378.
— 378.
Maillefert, Ein Fall von Infektion der Genitalien mit Vaccine 150.
Majocchi 21. 270. 302. 303. 318.
Maisonneuv 251.
Malato und Sanfelice, Studien über die Pocken 544.
Malgaigne 516.
Malherbe, Schweres Jod- und Bromexanthem 499.
Malpighi 567.
Malyscheff, Fall von Syphilis cutanea vegetans 174.
Manfanowski. Die Behandlung des weichen Schankers mittelst Dampf 282.
Mankiewicz 251. 563.
Manley, Tuberculosis verrucosa cutis der Hand 176.
— Dermoidcyste des Testikels, Gumma des Testikels 432.
— 181.
Manson 196.
Mansurow 487. 488.
Mantegazza 306.
Mapother 380.
Marchetti 85.
Marckwald, Die multiple Cystenbildung in den Ureteren und der Harnblase, sog. Ureteritis cystica 48.
Marcuse, Airol, ein Ersatzmittel des Jodoforms 446.
Marie und Jeanselme, Über die Läsionen der Hinterstränge des Rückenmarks bei Leprakranken 198.
Marpmann, Über das Vorkommen von Milben im Harn 344.
Marpmann. Bakterienbefunde im Harne von Diabetikern 344.
Marschalko 476.
Marshall, B., Melanosarkom der Clitoris 51.
— 295.
Marsden, S., Pathologie und Therapie von Herpes tonsurans 279.
Martin (St. Louis), Hauttuberkulose 189.
Martinotti 305.
Marzinowsky, Über eine neue Methode der Differentialfärbung der Mikroorganismen der menschlichen und Vögeltuberkulose, Lepra und Smegma 398.
Masland und Babcock, Ein Fall von Pagets Disease von 13jähriger Dauer ohne carcinomatöse Degeneration der Brustdrüse 331.
Massol, Hemiplegia spastica infantilis als Folge hereditärer Syphilis 581.
Maurer 397.
Maxwell, L. L. 379.
Mayer, Favus 423.
— Erythema striatum 423.
— Paul, Über die Abspaltung von Zucker aus Eiweifs 345.
Mayet 547.
Mays, Julius, Pemphigus vegetans 285.
Meige, H., Hereditäre ödematöse Dystrophie 90.
Meisel 118.
Melis-Begliaroff 287. 288.
Ménard, Momentane Kontraindikationen der Impfung 150.
La Mensa N., Über die kolloide Degeneration der elastischen Fasern der Cutis (Colloid Milium von Wagner) 272.
Mensinga 400.
Merget 589.
Merlin, Versuche mit Naftalan 88.
Messarosch, Zur Frage von gleichzeitigem Vorkommen von Lepra und Syphilis 548.
Metscherski, Prurigo und Diabetes mellitus 487.
Meyer, Willy, Bemerkungen über den Wert der Bottinischen Operation in der Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie 298.
— Erythema gangraenosum 427.
— 171. 174. 226.
Meyer (Wilhelmshaven), Zur Blennorrhoebehandlung mit Protargol 100.
Mibelli, Die Arsenikkeratosen 136.
— V. 270. 453. 566.
Miculicz 353.
Middleton, Papillome am After 226.
Milian, Tripperrheumatismus myelopathischer Genese (Jacquet) 351.
Millard, Die Ätiologie der Rückkehrtälle von Scharlach 141.
Mills, Drei gleichzeitig nebeneinander bestehende Hautausschläge 140.

Milton, H., Radikalbehandlung der Hydrocele durch perineale Excision des gröfseren Teils des Sackes 296.
Minne, A. J., Ein Fall von Sarkom unter dem Bilde der Mykosis „d'Emblée" 531.
Mireur, Ist die polizeiliche Überwachung der Prostitution verbesserungsfähig 420.
Miroljubow, Ein Fall von Erythema exsudativum infolge von Tripper 497.
Miron, Wodurch liefse sich auf gesetzlichem Wege die Zahl der Frauen vermindern, die in der Prostitution ihren Unterhalt finden? 475.
Mitchel, C. W., Der Gonococcus 96.
— 98.
Mitchell, W., und Spiller, Ein Fall von Erythromelalgie mit mikroskopischen Untersuchungen des Gewebes von einer amputierten Zehe 139.
Moebius 240.
Moehlau-Eddy, Harnröhrenentzündung — Tripper 225.
Mohr, Über das primäre syphilitische Geschwür am Augenlide 232.
De Molènes, Syphilis hereditaria von excessiver Dauer 581.
Monnard 203.
Monroe, G. J., Wie ich die Syphilis behandle 191.
Monteux und Lop, Ein Fall von Scarlatina in mehreren Schüben 141.
Montgomery, D. W., Makulo-anästhetische Lepride des Handtellers 575.
— 519. 552.
— und Hyde, Ein Beitrag zur Kenntnis des sogenannten „vormykotischen" Stadiums der Mykosis fungoides 184. 518.
Moore 142.
Morax und Jeanselme, Die Veränderungen am Auge bei Lepra 198.
Moreigne, Studie über die Cystinurie 441.
Morgagni 33. 34. 70.
Morisani, Über die zufälligen Verletzungen der Harnblase im Verlaufe von Leistenbruchoperationen 289.
Morita, Die Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten 479.
Morris, M., Epidermolysis bullosa 427.
— Nekrotisierende Folliculitis der Kopfhaut 427.
— Fall von desquamativer und suppurativer, oberflächlicher Entzündung der Unterlippe 485.
— 535.
Morrison 521.
Morritz 193.
Morrow, Howard, Symmetrische, ödematöse Schwellungen im Gefolge von Basedowscher Krankheit 435.
— P. A., Einseitiger Lichen planus 525.
Morrow, Howard, Urticaria pigmentosa von 22jährigem Bestande 525.
— Naevus linearis 526.
— Ein Fall von Dystrophie der Nägel 428.
— Fall von Acne atrophica 430.
— Ein Fall von doppelter extragenitaler Initialsklerose 430.
— Ein Fall von möglicher Mischinfektion von Syphilis und Tuberkulose 431.
— Ein Fall von Verruca vulgaris von ungewöhnlicher Lokalisation 431.
— 430. 519. 527.
Morton, Ursachen einer spastischen Striktur 175.
— 175. 176. 177. 180. 181.
Morton, Henry 226.
Moschowitz 351.
Moscuna und Babes, Über Lepra der Lunge 547.
Mosher, Alopecia areata 178.
Most, Über maligne Hodengeschwülste und ihre Metastasen 295.
Motz 293.
Moullin, C. M., Die Behandlung der tuberkulösen Erkrankung der Blase 38.
— Excision eines der Samenbläschen 296.
Mouillot, Fall von Arnikadermatitis 425.
Moxon 425.
Mraček 205. 415.
Mühling, Die Übertragung von Krankheitserregern durch Wanze und Blutegel 443.
Müller, A. W. R., Über seltenere Lokalisation des Diphtheriebacillus auf Haut und Schleimhaut 285.
Müller, C., Referate 22. 35. 81. 89. 91 94. 95. 99. 136. 141. 146. 147. 148. 149. 150. 152. 192. 198. 199. 228. 237. 241. 243. 250. 260. 272. 275. 283. 286. 287. 289. 290. 297. 300. 331. 339. 340. 346. 348. 397. 399. 409. 443. 470. 483. 498. 500. 547. 548. 579. 583. 585. 588. 599.
Müller, F. E., Zur Behandlung von Verbrennungen und Brandwunden 499.
Müller, Julius, Beitrag zur Behandlung der Acne vulgaris 571.
Müller, Johannes 73.
Mundorff, Th. G., Der Wert der Elektrolyse bei der Behandlung der Urethritis chronica glandularis 33.
Munn, W. P., Kombinierter perinealer und hoher Blasenschnitt 226.
Müller 55. 207.

Napier, Sarkom beider Nieren bei einem Säugling 175.
Nardecchia, Psoriasis und Alkoholismus 599.
Nasse 58.

Natanson, Cornu cutaneum 487.
— 488.
Nayler 225.
Neisser, Die soziale Gefahr des Trippers 416.
— Wie könnte man durch gesetzliche Maßregeln die Zahl der Frauen verringern, die in der Prostitution ihren Lebensunterhalt finden? 421.
— Über Quecksilber- und Jodanwendung in der Syphilistherapie 588.
— Die Mineralwasserkur bei der Behandlung der Syphilis 591.
— 83. 95. 271. 280 327. 351. 415. 416. 417. 419. 438. 536. 548. 592.
Nencki 491.
Neubauer, W., Ein Fall von akuter Dermatomyositis 285.
Neuburger 262.
Neumann, J., Über eine eigentümliche Form von Jodexanthem an der Haut und an der Schleimhaut des Magens 123.
— Syphilis 394.
— 63. 136. 137. 311. 474.
Neumeister, R. 191.
Neustätter, Otto 363. 364.
Newman, L. E., Äußere Urethrotomie, gefolgt von zweimaliger Cysto- und Lithotomia suprapubica an demselben Patienten im Verlaufe von 9 Jahren 37.
— 36. 190. 351.
Newells 325.
Neysake 344.
Nicolaier 291.
Nielsen, Ludwig, Referate 195. 230.
van Niessen, Die Kultur des Syphilisbacillus 579.
Nitze 29. 118. 290. 325. 326.
Nöggerath 416.
Nölke und Hensen, Ein Fall von multiplem Melanosarkom mit allgemeiner Melanose 331.
Noguès, Ein Kathetertaschenetui 138.
— Trübung des Urins, die ausschließlich durch Epithelien verursacht ist 182.
— und Wassermann, Infektion der Urethra und Prostata, verursacht durch einen eigenartigen Mikroorganismus 437.
Nonne, Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis bei einem zwölfjährigen Kinde 270.
— Ein Fall von Tabes dorsalis incipiens mit gummöser Erkrankung der Hirnsubstanz, zugleich ein Beitrag zur Pathologie der Wiederkehr des verschwunden gewesenen Patellarreflexes 587.
Nothnagel 27. 543.
Numan 69.

Oberländer 33. 118.
Oberson, Dauernde Heilung der Psoriasis durch Salol-Ricinusöl 278.
Obicius 77.
Odriozola, La madie de Carrion oder Verruga peruvienne 272.
Oedmansson 70.
*Oefele, Zum konträren Geschlechtsverkehr in Altägypten 409.
Oerbäk, W., Lichen atrophicus und Vitiligo 336.
Ogle und Rolleston, Syphilitische Stenose der Bronchien 235.
Ogilvie, George 379.
Ohmann-Dumesnil, Ein Fall von Ichthyosis nigricans 224.
Ollier 18.
Otis 37. 189.

Paget 424. 518. 526.
Pagliano und François, Purpura infectiosa im Verlauf einer ulcerös-membranösen Stomatitis 92.
Palet 248.
Palmgrên, Über Gummata der Hohlhand 15.
Paltauf 258.
Pana 95.
Panichi, R., Experimenteller Beitrag zum Studium der Toxine des Gonococcus 442.
Parinaud 332.
Passeh 498.
Pasteur 29. 148.
Paulesco und Regnier, Harnleiteranastomose 343.
Pavy 203.
*Pawlof, P., Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum der Haut 53.
— 415.
Payne 482.
Pcysovac, D., Über seltene Lokalisation von Fettgeschwülsten 332.
Pearce, C. T., Einige Bemerkungen über Syphilis 538.
Péchin, Zur Prophylaxis der eitrigen Conjunctivitis der Neugeborenen 94.
Pečirka 301.
Peck, Protargol und Argonin, in der Behandlung der eiterigen Augenentzündung der Neugeborenen 399.
*Pelagatti, M., Über die Morphologie der Trichophytonpilze 453.
— 258.
Péré, Ein Fall von Verhärtung der Corpora cavernosa 18.
— Psoriasis, Alkoholismus, Tuberculosis verrucoca des Fußrückens, Allgemeine Tuberkulose 18.

Péré, Behandlung eines Keloids mit Kreosotöleinspritzungen 328.
Pernet, Präparate eines hornzerstörenden Pilzes, Onygena equina 486.
— Initialsklerose am linken Mittelfinger 426.
— 437. 484. 485.
Perrin, A., Die Lepra in Marseille 547.
— 547.
Perry, Ulcus rodens auf der Nase, Perichondritis des Helix und Antihelix beider Ohren 426.
— Purpura urticans 426.
— 485.
Peska 14.
v. Petersen, Fibroma molluscum 382.
— Die Syphilis und die venerischen Krankheiten in den Städten Rufslands 385.
— Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Rufsland 473.
— Über die Veränderungen der Zähne bei Syphilitikern 582.
— 415.
— und Stürmer, Die Verbreitung der Syphilis, der venerischen Krankheiten und der Prostitution in Rufsland 385.
Petri 369.
Petrie, Flinders 410.
Petrini, Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Rumänien 475.
Petruszky 284.
Pezzoli 78. 86. 99. 491.
Peukert, Max, Über Ichthyosis 71.
Pfeiffer 23. 257. 546.
Philippi, Referate 91. 92. 135. 136. 139. 140. 149. 181. 228. 231. 232. 235. 237. 243. 244. 249. 250. 252. 279. 280. 289. 292. 293. 296. 330. 332. 340. 341. 344. 345. 349. 381. 446. 499. 528. 545. 550. 581. 584. 585.
Philippson, A., Eine neue Lupusbehandlung durch innere Medikation 266.
Philippson, C., Über die leprösen Erytheme und Phlebitiden 442.
— 2. 217. 332.
Phillips, Leslie, Lineare unilaterale Ichthyosis 288.
— Alopecia areata und Seborrhoe 340.
Phillips, S., Ein Fall von Chylurie 344.
Philpots 380.
Piccardi, G., Syphiloderma haemorrhagicum adultorum 564.
Pick 92. 575.
Pickard, Das Lepraasyl zu Jerusalem 193.
Picot 146.
Pierson, P. 415.
Piffard, Fall von multipler Keratosis palmarum et plantarum 528.
— 225. 301.
Pileur, Soll man, vom rein ärztlichen Standpunkte betrachtet, die öffentlichen Häuser beibehalten oder unterdrücken? 419.
Pini und Tramontani, Das Carburen 81.
Pinkus, Felix, Lichen syphiliticus zu bekämpfen 422.
— Über die Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie und bei Pseudoleukämie 566.
— Form der Tuberkulose 563.
— 366. 367.
Piontkowski 287.
Pistoj, F., Einige Fälle von visceraler Syphilis 271.
Pizzini, T., Die Behandlung der Urethritis mit dem Protargol nach der Methode von Neisser 271.
Plique, A. F., Prophylaxe und Therapie der Bronchopneumonie bei Masern 145.
— Behandlung der Addisonschen Krankheit 335.
Plonski, Hautveränderung durch Röntgenstrahlen 138.
— Naevus pigmentosus verrucosus unilateralis 171.
— Kankroide 563.
— 171. 172.
Plósz, Über Diabetes und Fettbildung aus Kohlehydraten 268.
Plummer 380.
Pöppelmann, W., Aseptische Schutzpockenimpfung 151.
Pole 191.
Pollitzer, Naevus angiectodes circumscriptus universalis 525.
— Pityriasis rubra pilaris 523.
— 519. 521. 529.
Poncet 547.
Pontoppidan, E., Über öffentliche Mafsregeln gegen Syphilis 288.
Popper, H., Zur Behandlung der Pollutiones nocturnae und der Ejaculatio praecox 42.
Popper, Louis, Ein Fall von Melanosis lenticularis congenita 385.
Popper, M., Über krankhafte Samenverluste 296.
Posner, C. 14. 385.
Pospelow, Behandlung des Sarcoma cutis mit Arsenik 487.
— 174. 340. 487. 488.
Potain, Magengeschwür, Syphilis und Tuberkulose 580.
Poupart 42.
Pousson, Über Störungen in der Entleerung des Sperma (Dyspermatie) 19.
— Über die chronische intermittierende Quecksilberbehandlung der Syphilis 589.
Powell, Arthur, Ein Fall von Syphilis mit frühzeitig auftretenden tertiären Erscheinungen 437.
Pravaz 576.

Preindlsberger, Ein Fall von Lymphangioma manus multiplex (Wegner) 334.
Pringle, J. J., Fall von pustulöser Folliculitis der Kopfhaut 427.
— Fall von Lupus pernio 427.
— Ein Fall von eigentümlichen, multiplen Talgdrüsencysten (Steatocystoma multiplex) 535.
— 230.
Prisse 263.
Prissmann, Kasuistische Mitteilungen aus der dermato-venerologischen Praxis 152.
— Ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum 279.
Profeta 443.
Proksch, J. K., Die Litteratur der venerischen Krankheiten 200.
— Über Syphilis der Harnleiter 69.
— 260.
Pudor, Elephantiasis syphilitica 187.
— Fünf Fälle von Gürtelrose 187.
Puppe 424.
Putnam 539.

Radcliffe 205.
Rake 196.
Ramont 293.
Ransohoff 190.
Ranvier 58. 307. 396. 397.
Rasch, C., Über hysterische Hautaffektionen 533.
Ravaut und Thibierge, Über die Natur des Erythema induratum 223.
Ravogli, A., Pityriasis rubra pilaris 278.
— Praktische Notizen zur Behandlung der Urethritis posterier 352.
— 343.
Rayer 202.
Raynaud 89. 90. 338.
Raynon, Alopecia areata 178.
— 177.
Reach 118.
Reboul, Harnröhrenstein bei einem 6jährigen Kinde 35.
Rebreyend 32.
Reclus 446.
Reed, Einige bei der Urinuntersuchung oft unbeachtete Punkte 342.
Ress 536.
Reher 39.
Reichel 152.
Reichmann, M., Zwei Fälle isolierter blennorrhoischer Erkrankung paraurethraler Gänge 221.
Reinecke, W., Eine niederdeutsche Aufzeichnung über die Kennzeichen der Lepra 191.
Reinicke, G., Über tertiärsyphilitische Mastitis 582.
Renaut 23.
Rendu, Allgemeine Staphylokokkeninfektion urethralen Ursprungs 287.
Renner, W., Ein Fall von Elephantiasis der Vulva 345.
Rennes 295.
Rénon, L., Die Angreifbarkeit der Niere bei Syphilis 235.
Retz 292.
Reverdin 33.
Rey, Dreizehn extragenitale weiche Schanker bei einem Krätzigen 578.
Reynier und Paulesco, Harnleiteranastomose 343.
van ten Rhijne 23. 24.
Richards, J. S., Mann mit multiplen, fibrösen und vaskulären, kongenitalen Tumoren der Haut 426.
Richaud 278.
Ricord 395. 480.
Riehl 258. 287.
Rieke, Artifizielle Cutisgangrän 326. 338.
Ries 302.
Riggs, Über einen Fall von Raynaudscher Krankheit mit Autopsie 89.
Rigg 485.
Rille, J. H., Über eine besondere Form von Acne artificialis 70.
— Die Psoriasis vulgaris im Säuglings- und Kindesalter 328.
— 86. 124.
Rinné 593.
Ripperger, Über das Ausdrücken der Harnblase 292.
Ritter 70. 281.
Roach, S., Ein interessanter Fall von Pemphigus 280.
Robertson 240.
Roberts, L., Elephantiasis vulvae 345.
Roberts, Leslie 486.
Robertson, W., Die Schwierigkeiten des neuen Impfgesetzes 149.
Robin 408.
Robinson, A. R., Harnröhrenentzündung durch Radfahren 32.
— Ein Fall von Urticaria pigmentosa 431.
— Lupus erythematodes, dessen Ätiologie und Pathologie 520.
— 204. 301. 518. 520. 521.
Roche, Felix, Ein Fall von abnormer Hautfärbung 17.
Rodmann, Epitheliom des Penis 249.
Roelig, Über Anwendung und Wirkung des Aristol bei Brandwunden und Verbrennungen 499.
Rohden, Die Wirkungen der Lippspringer „Arminiusquelle" auf Hauterkrankungen (speziell Lupus exulcerans) 267.
Rohleder, Die Anwendung des Naftalan in der allgemeinen ärztlichen Praxis 447.
Rokitansky 301.
Rolleston und Ogle, Syphilitische Stenose der Bronchien 235.

Rollo 191.
Róno, Ein Fall von multiplem idiopathischen Sarcoma cutis (Kaposi) 117.
— Ein Fall von Cornu cutaneum auf lupöser Basis 122.
— Ein Fall von Atrophia idiopathica cutis 340.
— Über Rhinosklerom 492.
— Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Ungarn 476.
— 118. 119. 121. 122.
Roncali 329.
Rose 298.
Rosenbach 74.
Rosenberg 336.
Rosenheim, Otto, und Tunnicliffe, Eine neue volumetrische Methode zur Schätzung der Harnsäure im Urin 50.
Rosenquist, Ein seltener Fall von extragenitaler syphilitischer Infektion 232.
Rosenthal, O. 171. 173. 423. 563.
*Roth, Fr., Fall von Gonnorrhoe bei zwölfjährigen Knaben 512.
— 147.
Rothschild, Alfred, Experimentelle Untersuchungen über die Grenzen der cystoskopischen Diagnose renaler Pyurien und Hämaturien 14.
Rovsing, Th., Über Ätiologie, Symptome und Behandlung der septischen Infektion der Harnwege 247.
— Erwiderung auf die Bemerkungen von Dr. Krogius über Bakteriurie 269.
— 269. 346. 440.
Rummo, Syphilis der Leber mit Hepatoptose 584.
Rupprecht, Ein neuer Apparat zur Sterilisation elastischer Katheter 247.
Russell, W., Der Krebsparasit 320.
Rutter, Mitteilung eines Falles von Augenmuskellähmung nach Herpes zoster facialis 140.
Rydygier, Prostatahypertrophie 47.

Saalfeld 79. 423. 563.
Sabatié 217.
Sabouraud, R, Über die Ätiologie des Ekzems 16.
— Die Verteidigung der Haut gegen die Mikrobien 530.
— 27. 106. 107. 427. 455. 466. 494. 534. 535. 596.
Sabrazès, Zur Sterilisation der von den Barbieren und Friseuren gebrauchten Instrumente 18.
— 136.
— und Brengues, Trichophytiasis profunda des Bartes 328.
Sänger 417.
Sahli 5. 49.
Saint-Yves-Ménard, Temporäre Kontraindikationen der Impfung 545.
Sakressa, Infantilismus 487.
Salgó 240.
Salomon, Bakteriologische Befunde bei Stomatitis und Tonsillitis ulcerosa 283.
Salomonsen 284.
Salus, H., Masern in der Schwangerschaft 144.
Sanctorius 77. 78.
Sanfelice 329.
— und Malato, Studien über die Pocken 544.
Sanné 145.
Sarbó, A., Die Therapie des Tabes 244.
— 240. 241.
Sarraute, Oberflächlicher Einrifs der Blasenschleimhaut während einer Ausspülung der Urethra mit Kalium permanganicum 328.
— Latente Epitheliomatose des Penis, Allgemeinerkrankung 328.
— Lupus und Epitheliom des Gesichts; Tuberculosis verrucosa des Gesichts; recidivierendes Erysipel und Elephantiasis der rechten Unterextremität 329.
Saundby 415.
Savill 437.
Savor 347.
Schaefer, W. Th., Historisches über die Entdeckung von Eiweifs und Zucker im Urin 191.
— 191.
Schäffer 127.
Schaftan 79.
Scharff, P., Die Behandlung der nichtchirurgischen Entzündungs- und Erschlaffungszustände der Vorsteherdrüse 433.
Schauta 144.
Schede 550.
Scheinkmann, Die mechanische Behandlung der männlichen Impotenz 43.
Schenk und L. Austerlitz, Über den Bakteriengehalt der normalen Urethra des Weibes 346.
Schenkel und Gussmann, Ein Beitrag zur Behandlung der Hautkrankheiten mittelst Röntgenstrahlen 80.
Schiele, Ein Fall von infantilem Myxödem, behandelt mit Thyreoidea 342.
Schiff, E., Die Verwendung der Röntgenschen Strahlen in der Behandlung von Hautkrankheiten 381.
— Die Behandlung des Lupus ertheymatodes mit Röntgenstrahlen 340.
— 64. 65. 380.
Schilling, Über methodische unblutige Erweiterung der Phimosis kleiner Knaben 248.
Schimmelbusch 284.
Schlagintweit, Über Gleitmittel zur

Einführung urologischer Instrumente 541.
Schleich, C. L., Neue Methoden zur Wundheilung. Ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis 74.
— 43. 221. 383.
Schifka, M., Über Urethrotomia interna 251.
Schlossmann, Über die therapeutische Verwendung kolloidaler Metalle 82.
Schmidt, Moritz, Plötzliches Ergrauen der Haare 336.
Schmidt 57. 58.
Schmidtmann, Das Aussätzigenasyl „Jesus Hilfe" bei Jerusalem und der Aussatz in Palästina 572.
Schmöldter, Ist die polizeiliche Überwachung der Prostitution verbesserungsfähig? 420.
Schmorl 284.
Schönlein 423.
Scholtz, W., Beiträge zur Biologie des Gonococcus 219.
Schoull, Übertragbarkeit der Tuberkulose durch den Bart Tuberkulöser 549.
Schramm 144.
Schröder 293.
Schröppe, Orthoform-Exanthem 93.
Schuchardt, Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Mastdarmgeschwüre 236.
Schütz, R., Erythromelalgie und Hautatrophie 267.
— 302. 333. 521. 522. 525.
Schuftan und Aufrecht, Einiges über Larginbehandlung bei Blennorrhoe, Prostata- und Blasenerkrankungen 99.
Schultz 302.
Schultze 550.
Schulz 63. 546.
Schumacher II und Jung, Über eine einfache und zuverlässige Methode, quantitativ im Harne das Quecksilber zu bestimmen 83.
Schuster, L., Die Wandlungen der Einreibungskur 83.
— Inunktionskur und Badekuren 83.
— Die Veränderungen in der Behandlung der Syphilis mit Hg-Einreibungen innerhalb dieses Jahrhunderts 437.
— 222.
Schwengers 21.
Schwenter-Trachsler 201.
Schwerin, Über Spülbehandlung der unteren Harnwege 31.
Schwimmer, Pityriasis 595.
— 208.
Scatolari 78.
Scott Lindley, Fünf Fälle von Hauteruptionen, welche im Verlaufe von Nephritis aufgetreten sind 435.
Sclavo 287.
Scribe 344.
Scripture 225.
Seaton 545.
von Sehlen 598.
Sellei, Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentodes cutis 119.
Senator 423.
Senn, N., Hauttransplantation in Fällen von hochgradigen traumatischen Defecten an Scrotum und Penis 33.
Sevestre 145.
Shaw-Mackenzie, J. A., „Collessches Gesetz" oder „Wallacesches Gesetz"? 232.
Shaw, J. B., Tuberkulose des Testikels im Anschluſs an Masern 42.
Sheild, A. M., Bemerkenswerter Fall von multiplen Hautgewächsen als Folge der Einwirkung der Sonnenstrahlen 331.
Shepherd, F. J., Ein eigentümlicher Fall von Granuloma am Gesicht und den Extremitäten 519.
— 517.
Sherill, Chronische syphilitische Ulcerationen von Fuſs und Knöchel 237.
Sherwell, Geschwürsbildung auf der einen Seite der Nase 177.
— Doppelseitige Hemiatrophia facialis 525.
— Purpura papulosa 525.
— Pagetsche Krankheit 526.
— Doppelseitige Keratosis bei Mutter und Kind 527.
— Ein Fall von kongenitaler Dermatitis herpetiformis mit fast vollständigem Fehlen der Finger- und Zehennägel 575.
— 176. 177. 178. 431. 519. 522. 523. 529.
Sigmund 438.
Simes, Komplikationen des Trippers — Epididymitis 187.
Simmonds, Die Ursachen der Azoospermie 41.
Simon 45. 203. 294. 301.
Simoni, De, Über das nicht seltene Vorkommen von Frischschen Bacillen in der Nasenschleimhaut des Menschen und der Tiere 398.
Skarnowski, Reinfectio syphilitica 580.
Skinner, H., Pharmazeutische Notizen 130.
Small, Arthur A., Ein Fall von Urticaria pigmentosa 576.
Smet 58.
Smirnow, A. E., Über die Beziehungen zwischen dem Muskel- und elastischen Gewebe bei den Wirbeltieren 77.
Smith, Frank 203.
Smith, Travers, Ekzem der linken Brustwarze 424.
Snegriff 282.
Sonnenburg, Bemerkungen über Urethrotomien 251.
Soonetz, Über die Wirkungen der Bak-

terienproteine und der Deuteroalbumose bei Lepra 199.
Sorgo, J., Über spontane akute Gangrän der Haut des Penis und des Scrotums und über plastischen Ersatz der ganzen Penishaut 33.
Sorrentino, Histologische Bemerkungen über die Epidermis 396.
Soulier 547.
Spencer, Gumma der Leber 584.
v. Speyr, Paralyse und Syphilis 241.
Spiegler, Eduard, Über die Einreibungskur bei Syphilis 590.
Spietschka 487.
Spiller und Mitschell, Ein Fall von Erythromelalgie mit mikroskopischen Untersuchungen des Gewebes von einer amputierten Zehe 139.
Spitzer, Ludwig, Zur Technik der Harnröhren- und Blasenirrigationen nach Janet 270.
Sprecher, Über eine ungewöhnliche Lokalisation des Molluscum contagiosum 533.
Spronck 197. 548.
Stamm 360.
Staub 281.
Steffens, P., Beiträge zur Pathologie der Masern 143.
Steiner 143.
Steinmann, Fr., Prüfung zweier neuer Quecksilbersalze auf ihren Wert als Antiseptica im Vergleich zum Sublimat 448.
Steindler, L., Die Therapie der Blasentuberkulose. Sammelbericht über die Publikationen der Jahre 1896—1898 293.
Stelwagon, H. W., Über Badepruritus 288.
— Ein Bericht über drei Fälle von Urticaria pigmentosa 522.
— 516. 517. 519.
Stephenson, S., und D. Walsh, Ein Fall von „Lupus lymphaticus“ des Augapfels 550.
Stepp, Fluoroform gegen Tuberkulose 551.
Stern, Behandlung der Syphilis durch Tragen von mit Quecksilbersalbe bestrichenen Flanellen 589.
— Über Erfahrungen mit der Welanderschen Methode der Anwendung von Unguentum Hydrargyri cinerum bei Syphilis 244.
— Referate 28. 30. 32. 33. 34. 38. 43. 45. 47. 77. 92. 96. 97. 99. 100. 143. 145. 237. 250. 277. 279. 284. 288. 300. 348. 394. 396. 549. 584. 586. 591.
Sticker 198.
Stössner, K., Über unerwünschte Nebenwirkungen von Ketels Antiskabin 134.
Stokes 434.
Stoner, Die Furunkulose, ihre Ätiologie und Behandlung 285.
Stopford-Taylor 437.
Strassburger, Eitrige Epididymitis als Typhuskomplikation 42.
Strauss, A., Referate 49. 51. 79. 87. 88. 100. 336. 349. 399. 447. 448. 500.
— 293.
Strümpell 63.
Stubenrauch, Grofser Defekt des rechten Oberarms durch Hautüberpflanzung geheilt 400.
v. Stürmer, Die Prostitution in den Städten Rufslands 389.
— 415.
— und v. Petersen, Die Verbreitung der Syphilis, der venerischen Krankheiten und Prostitution in Rufsland 385.
Sturgis, Sind total Kastrierte fortpflanzungsfähig? 40.
Sültmann, Die mykotische Natur der Psoriasis 278.
Swinburne, G. K., Ein Fall von sklerotischer Verengerung des Harnröhreneinganges 185.
— Fälle von ungewöhnlicher Lage der Gonokokken 576.
Sydenham 533.
Sykes 545.
Symonds, Ch., Gumma der Zunge 234.

Taenzer, P., Referate 151. 198. 258. 552.
— 308.
Tarnowsky 540.
Taussig 446.
Taylor, F., und A. D. Fripp, Ein Nierenstein durch Röntgenstrahlen entdeckt und erfolgreich entfernt 49.
Taylor, R. W., Die Pathologie und Behandlung der akuten Blennorrhoe beim Manne 97.
— Die Behandlung der sekundären Syphilis 243.
Taylor, J. W., Niere mit einem Stein im Ureter 48.
Taylor, C. B. 379.
Teich, Max, Beiträge zur Kultur des Leprabacillus 548.
Thévenin und Audry, Zur Histologie der Skarifikationen und ihre Reparation 579.
Thibierge und Ravaut, Über die Natur des Erythema induratum 223.
Thiersch 18. 32. 33.
Thin 302.
Thomas, Th., Blasengeschwülste, diagnostiziert mittelst Cystoskops 39.
— Die Diagnose des Trippers beim Weibe 346.
— Diagnose der Blennorrhoe 346.
— 175. 176.

Thompson, A., Lepra in Neu-Süd-Wales 195.
— 35. 250.
Thomson, Bemerkungen über eine Krankheit bei Laskaren, die Beziehungen zu Variola und Varicellen bot, aber sich von beiden in bestimmten Punkten unterschied 147.
— Mitteilungen über die Neigung syphilitischer Kinder zu bestimmten spezifischen Organ- und Gewebserkrankungen 232.
— und Brownlee, Beobachtungen über eine ansteckende Krankheit unter Laskaren, die enge Beziehungen zu Variola und Varicellen zeigt 147.
Thomson, R. S., Eine eigentümliche Infektionskrankheit 543.
Thorndike, Paul, Einige Bemerkungen über die Diagnose und Behandlung der Blasenruptur 183.
— 190.
Thuvien und Julllien, Ein Fall von Syphilis hereditaria mit Reinfektion und tötlichem Ausgang 131.
Tihanyi 246.
Timmermanns, A., Lepra, Ladrerie, Maladie, Aussatz, Spedalskhed, Meluatschheid, Scrofule, Psoriasis 438.
— Über den Ursprung der Wörter Impetigo und Petechien 17.
Tischer 369.
— und A. Beddies, Über organische Fluormedikamente 82.
Tobin, Senile Prostatahypertrophie 44.
Toepfer 205.
Török, L. 58. 476. 488.
Tommasoli, Zum dermatologischen Unterricht 21.
— Über die Wichtigkeit der Blennorrhoe für das Individuum und die Rasse 346.
— Über den dermato-veneorologischen Unterricht in Italien 441.
— Entwurf eines neuen Reglements zur Prophylaxis der venerischen Krankheiten 443.
— Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Italien 478.
— 443.
Tomory, J. K., Ein Fall von überzähligem Testikel 294.
Touche, Syphilis und Tabes 241.
Tousey, Sinclair 560.
Touton 204. 327.
Tramontani und Pini, Das Carburen 81.
Travali, Über einen Fall von multiplem Pigmentsarkom der Haut 331.
Trautenroth 281.
Triepel, H., Über gelbes Bindegewebe 76.
— Elastisches Gewebe und gelbes Bindegewebe 77.
— 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509.
Trömmer, E., Referat 78.
Trojanowski 145.
Trommer 345.
Trousseau, Die Behandlung des Ekzems der Lider 598.
Tschekau, Zur Frage der Syphilis des Centralnervensystems beim russischen Bauer 585.
Tschernogubow 487.
Tschlenoff, M., Beitrag zur Kenntnis der Knäueldrüsenkörnchen 489.
— Ein Beitrag zur Lehre vom Lupus vulgaris und seiner Behandlung mit subcutanen Injektionen von Kalomel 549.
— 488.
Türkheim, Referate 17. 18. 73. 131. 223. 224. 266. 328. 329. 439. 538.
Tuffier, Behandlung der Hypospadie mit Durchstechung des Penis und Hauttransplantation nach Ollier-Thiersch 18.
Tunnicliffe und Otto Rosenheim, Eine neue volumetrische Methode zur Schätzung der Harnsäure im Urin 50.
Turner, Ein Fall von Varicella gangraenosa 146.
Tyson 188. 360. 361.

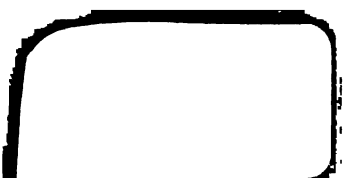
Uffreduzzi 197. 548.
Ullmann, Ein Fall von multiplem Hautangiom 334.
— 89. 346.
Ultzmann 152.
Underhill 144.
*Unna, P. G., Salbenmullverband bei Hautkatarrhen der Augengegend, kompliziert mit Katarrhen des Auges 12.
*— Infiltration oder Akanthose? 114.
*— Meine bisherigen Befunde über den Morococcus 106.
*— Natronsuperoxydseife 167.
*— Die Verwendung von Eigelbemulsionen zu Wischwässern 412.
*— Das Kopfkissen in der Dermatologie 471.
*— Thiosinaminseife und Thiosinaminpflastermulle 560.
— Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten 392.
— 16. 25. 27. 57. 58. 59. 65. 66. 72. 73. 77. 105. 107. 108. 125. 126. 128. 137. 153. 197. 201. 202. 205. 206. 207. 209. 210. 211. 212. 221. 225. 227. 229. 256. 265. 275. 276. 281. 302. 304. 307. 308. 324. 332. 338. 361. 362. 363. 366. 384. 401. 489. 492. 494. 501. 513. 515. 517. 521. 522. 534. 557. 572.
Unverricht 285.
Urban, Trauma und Tuberkulose 228.
D'Urso 258. 259.

Valleix 350.
Vallin, Das neue Impfgesetz in England 149.
Vanghetti 270.
Vanselow und Czaplewski, Zur Lehre von den Staphylokokken der Lymphe 546.
Variot 17.
Vehmeyer, Zur Wirkung des Naftalans 87.
Veiel 447.
Verchère, Welchen Anteil an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten hat die Prostitution? 417.
Verdin 225.
Vergely, Über Nachschübe bei Masern 145.
Verujski 21.
Vidal 302. 531. 532.
Vieth 82.
Vigevani und Casarini, Beitrag zum Studium der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen 94.
Vinneberg, Die Diagnose und Behandlung der häufigsten Blasenaffektionen bei Weibern mit der Kellyschen Methode 290.
Virchow, R. 70. 203. 241. 540.
Vivès, Warzen als familiäre Erscheinung 329.
Vlemingkx 168.
Vogel 63.
Voigt, Der Lymphebläser 546.
— 2. 356.
Voilewier 251.
Volkmann 83. 109.
Vollmer, Skrophulosis und Soolbäder 228.
Vuia 591.

Waelsch, Ludwig, Über einen Bakterienbefund bei Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen 568.
— Über die aus weichen Naevis entstandenen bösartigen Geschwülste 492.
Wagner, E. L. 272. 285.
v. Wahl, Spermatorrhoe als Komplikation einer blennorrhoischen Urethritis 575.
Waitz, Ein Fall von geheilter Hypospadia perinealis 249.
Waldeyer 203.
Walker, An Introduction to Dermatology 227.
— 205. 380.
Wallace, W. 232.
Wallenberg 241.
Wallgren und Krogius, Bemerkungen über den Antagonismus zwischen Bacterium coli und den andern Harnbakterien 440.
Walsh, Fall zur Diagnose, wahrscheinlich Pityriasis rubra 484.
Walsh und Stephenson, Ein Fall von „Lupus lymphaticus“ des Augapfels 550.
Walsham 380.
Walters, Fälle von Leukoderma 484.
Warburg, F., Über Cystinurie 50.
Ward, A. H. 379.
Warden, Bemerkungen über die Behandlung der schwierigen Striktur 36.
— Eintröpfelungen und ihr Wert bei der Behandlung der Cystitis 290.
Wariedenski 479.
Warthin, A. S., Ungewöhnliche Lokalisationen der Tuberkulose 549.
Wassermann 96. 127.
— und Noguès, Infektion der Urethra und Prostata, verursacht durch einen eigenartigen Mikroorganismus 439.
Waterman, Ein Fall von Verbrennung dritten Grades, behandelt mit Pepsinum purum 138.
Way, M., Über einen im linken Ureter stecken gebliebenen Nierenstein 343.
Webb, T. L., Entdeckung von Tuberkelbacillen im Harn 50.
Weber, Eduard 508. 509.
Weber, F. P., Bemerkungen über vermutliche Phlebitis und Lymphangitis bei sekundärer Syphilis 130.
— Fall von Angioneurose der Gesichtshaut 426.
— Diffuse syphilitische Veränderungen an der Leber 584.
Weber, J. P., Scheinbare Verdickung der subcutanen Venen 445.
Wechselmann, W., Kritisches und Experimentelles zur Lehre von den Antipyrinexanthemen 565.
Wegner 334.
Weichardt 150.
Weigert 108. 256. 257. 308. 309. 446.
Weiss, J., Eine neue Methode zur Behandlung der harnsauren Diathese 345.
— Zur historischen Richtigstellung des sog. „Koplikschen Frühsymptoms“ der Masern 543.
— Ein Fall von äufserlicher Karbolsäurevergiftung, behandelt mit Natrium sulfuricum-Lösung 135.
Weiss, Ludwig, Zur ätiologischen Behandlung der Blennorrhoe 351.
Welander, Einige Worte über die Behandlung mit Quecksilbersäckchen 222.
— Ist die polizeiliche Überwachung der Prostitution verbesserungsfähig? 420.
— Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Schweden 477.
— 83. 127. 244. 346. 396. 438. 563. 564. 590.
Welch, F. H., Die Prophylaxis der Syphilis 379.
Weliamowitsch 86.
Wellhof 568. 569.

Werler, Oscar, Das lösliche metallische Quecksilber als Heilmittel 267.
Werlhof 400.
Wermann 7. 10.
Wertheim 30. 96.
Wertheimer, E. 104. 362.
Wesche, Die animale Vaccination im Herzogtum Anhalt 545.
West, Hautaffektionen bei Schrumpfniere 91.
Westcar 262.
Westphal 238. 240.
Wetzel, Ein Fall von multipler Neuritis mit Athetose und Raynaudscher Krankheit 90.
Weyrich 77.
White, J. C., Hydroa vacciniformis 517.
— Lupus erythematodes, dessen Behandlungsfähigkeit 521.
— 181. 486. 515. 516. 517. 518. 519. 522. 524. 527. 529.
Whiteford, Mifsbildung der Niere und des Ureters 343.
Whitehouse, H. H., Die Behandlung von Lupus erythematodes durch interne Darreichung von Jodoform 339.
— Ein Fall von Onychia 429.
— Ein Fall von lokalisiertem Pruritus 430.
— Fall von universellem Fibroma 529.
Whitfield, Fall von Ringworm der Nägel 427.
— Talgdrüsengeschwulst 428.
— 230. 428.
Wicherkiewicz, Erfahrungen über das Protargol 100.
Wild, R. B., Konstitutionelle Behandlung von Hautkrankheiten 380.
— Dermatitis und andere durch Borsäure und Borax hervorgerufene Giftwirkungen 135.
— 380.
Wilkes, E. A., Sklerema neonatorum 337.
Wilkinson 137.
Willan 227. 485. 596. 598.
Williamson, R. T., Bemerkungen über die pathologischen Veränderungen in einem Falle von chronisch-syphilitischer Spinalparalyse 580.
Willis, Th. 191.
Wilms, M., Zur Pathogenese des Keloids 383.
Wilson, Erasmus 203. 278. 448.
Windell, Enuresis 188.
Winfield, Fall von Erythema multiforme 174.
— Lepra anaesthetica 178.
— 175. 177. 178. 181. 522.
Winkelmann, Neue Methode der Radikaloperation der Hydrocele 43.
Winkler 574.
Winkoop, Einige Bemerkungen über Tripperbehandlung 226.
Winternitz, R., Über Dermatitis exfoliativa-Ritter 70.
— Knotenbildungen bei Melkerinnen 489.
— 83. 434.
Witte, Paul, Zur Pathogenese der blennorrhoischen Epididymitis 569.
Wölfler 222.
Wohlgemuth, Über einen eigentümlichen Fall von Staphylokokken-Infektion 31.
Woit, Untersuchung der Organe eines Kindes lepröser Eltern auf Leprabacillen 198.
Wolff, A., Soll man, vom rein ärztlichen Standpunkte betrachtet, die öffentlichen Häuser beibehalten oder unterdrücken? 419.
— 415. 482.
Wolffberg, Über Protargol bei Ophthalmo-Blennorrhoe 349.
Wolkowitsch 493.
Wolters, Max, Mykosis fungoides 24.
— 79.
Woodford 545.
Woodruff, Nierensteine — Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie 190.
Wossidlo 33.
Wright und W. Coates, Beobachtungen über einen Fall von Divertikel der Harnblase 292.
Wyschemirski, Methode zur Quecksilberbestimmung im Urin 84.
De Wyslouck, M., Sind die Bordelle zu unterdrücken oder nicht? 479.

Youmans, Entzündung der Samenblasen und ihre Behandlung 296.
— Akute Blennorrhoe; ihre Verhütung und Heilung 538.

Zambilovici 284.
Zarniko 355.
Zarubin, V. 65.
Zeisler, J., Trophische Dermatosen nach Frakturen 516.
— 516. 519. 522.
Ziehl 221. 257.
Zittmann 379.
Zupnik 568.
Zuppinger, Über Spontangangrän im Kindesalter 338.
Zweifel 417.

St.